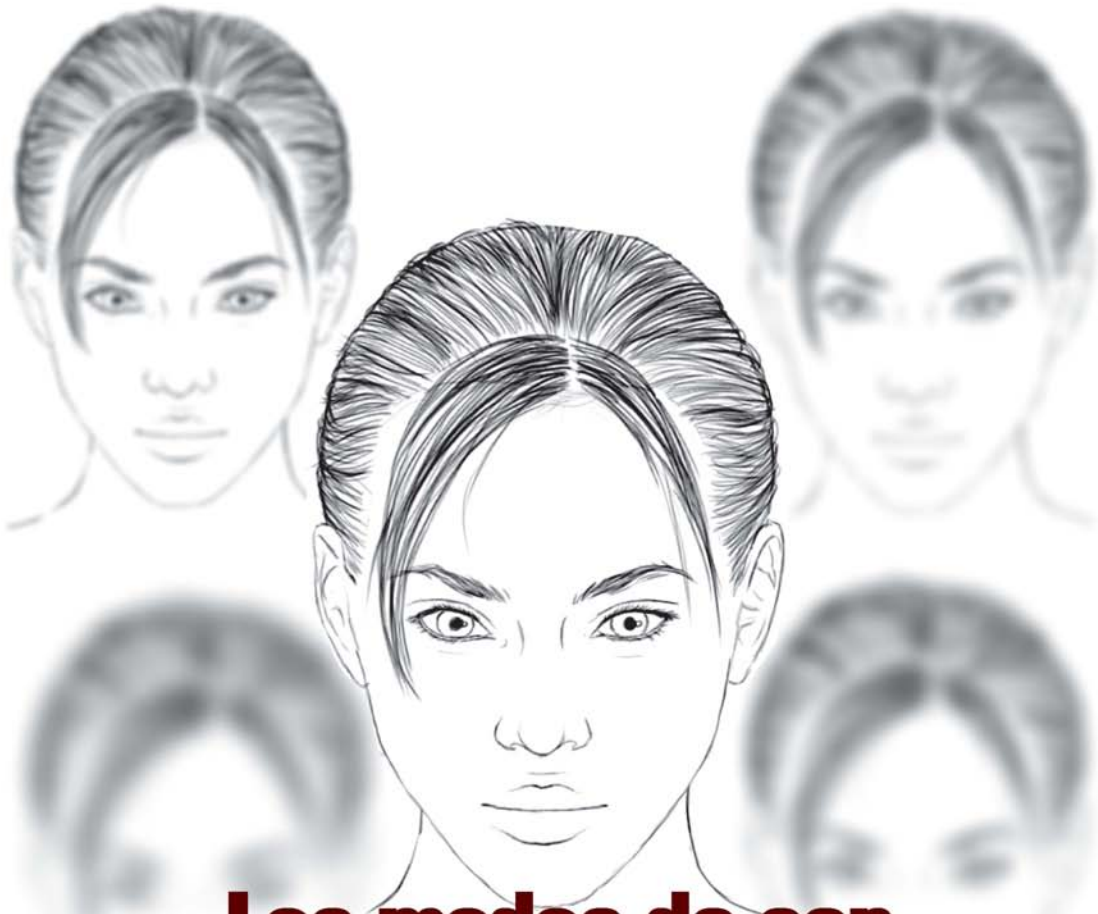


Los modos de ser inauténticos

Psicoterapia centrada en el sentido de los trastornos de la personalidad

Efrén Martínez Ortiz Ph.D.

Manual Moderno®

SAPS
Sociedad para el Avance de la Psicoterapia Centrada en el Sentido

www.facebook.com/psicologiaMG

http://pdicologiapdf.blogspot.mx/

Los modos de ser inauténticos

Psicoterapia centrada en
el sentido de los trastornos
de la personalidad

EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que han realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar "pirata" o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:

www.manualmoderno.com

Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D. F.

Editorial El Manual Moderno (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-03/15
Bogotá, D.C.

Los modos de ser inauténticos

Psicoterapia centrada en el sentido de los trastornos de la personalidad

Efrén Martínez Ortiz Ph.D.
en Psicología –mención cognitiva existencial–
Presidente de SAPS (Sociedad para el Avance e Investigación
de la Psicoterapia Centrada en el Sentido)
Director científico de la Fundación Colectivo Aquí y Ahora

www.manualmoderno.com

SAPS
Sociedad para el Avance de la
Psicoterapia Centrada en el Sentido

Los modos de ser inauténticos

D. R. ©2011 por
Editorial El Manual Moderno (Colombia) Ltda.
Sociedad para el Avance e Investigacion de la
Psicoterapia Centrada en el Sentido

ISBN: 978-958-9446-38-6
ISBN: 978-958-9446-54-6 (versión electrónica)

Editorial El Manual Moderno (Colombia) Ltda.
Carrera 12A Nº 79 - 03/05
E-mail: info.colombia@manualmoderno.com
Bogotá, D. C., Colombia

Sociedad para el Avance e Investigacion de la
Psicoterapia Centrada en el Sentido
Calle 14ª N. 101 – 11 of. 403
Tels: (571)
e-mail:
www.saps-col.org
Bogotá, D.C., Colombia

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio –electrónico, mecánico, fotocopiador, registrador, etcétera– sin permiso previo por escrito de la editorial.

All rights reserved. No part of this publication may by reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writting from the publisher.

Manual Moderno®
y el diseño de la portada son marcas registradas
de Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.

Martínez Ortiz, Efrén
Los modos de ser inauténticos: psicoterapia centrada en el sentido de los trastornos de la personalidad / Efrén Martínez Ortiz -- Bogotá: Manual Moderno; Sociedad para el avance e Investigación de la Psicoterapia Basada en el Sentido, 2011.
352 p.
Incluye bibliografía e índice analítico
ISBN 978-958-9446-38-6
ISBN 978-958-9446-54-6 (versión electrónica)

1. Trastornos de la personalidad 2. Psicoterapia I. Título

CDD: 155.2 ed. 20 CO-BoBN–a762447

SAPS
Sociedad para el Avance de la Psicoterapia Centrada en el Sentido

Editor responsable:
Lic. Andrés Julián Gutiérrez E.
MSc.

Diagramación:
Aristóbulo Rojas Ch.

A Juana,

cuya tarea seguramente será la de hacerme más auténtico

Contenido

Prólogo XIII
Preliminares XVII

Capítulo 1
Introducción a la psicoterapia centrada en el sentido 1
Antecedentes filosóficos de la PCS 1
Bases epistemológicas de la psicoterapia centrada en el sentido 5
Bases teóricas de la praxis de la PCS 9
Teoría de la Noodinamia 9

Capítulo 2
Una mirada existencial a los trastornos de la personalidad 23
Persona y personalidad 23
Personalidad auténtica e inauténtica 27
La restricción de la persona: los modos de ser inauténticos 35

Capítulo 3
Estrategias de afrontamiento: pasividad y actividad correctas e incorrectas 51
Pasividad, actividad y reacciones de *coping* **52**
Pasividad y actividad incorrectas 53
Actividad correcta y pasividad justa 67
De la pasividad y actividad incorrectas a la actividad y pasividad justas 70
Visión antropológica y estrategias de afrontamiento 73

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Capítulo 4
El psicodiagnóstico en la psicoterapia centrada en el sentido 75
Técnicas de evaluación diagnóstica 76
Pruebas logoterapéuticas usadas en la psicoterapia centrada en el sentido 76
Entrevistas 78
Formulación de caso: la estructura del psicodiagnóstico 79
Registro de seguimiento de caso 92
Recomendaciones generales para el proceso psicodiagnóstico 94

Capítulo 5
La relacion terapéutica en medio del desencuentro 97
La relación terapéutica en los trastornos de la personalidad 98
Recomendaciones para el terapeuta atrapado en una relación 101

Capítulo 6
El proceso psicoterapéutico centrado en el sentido 105
Primeros momentos 106
Segundos momentos 112
Momentos finales 115
Recomendaciones generales para
el abordaje de los trastornos de la personalidad 118

Capítulo 7
La actuación como forma de vida: el modo de ser histriónico 121
Las mil caras: caracterización del modo de ser "actoral" 122
Desarrollo del modo de ser histriónico:
una historia llamativa 132
Cuándo no acceder a la intimidad
restringe la expresión de la personalidad auténtica 134
De la libertad a la restricción de la persona con un modo de ser histriónico 137
El modo de ser histriónico matizado por otros rasgos de personalidad 140
La interpersonalidad entre modos de ser:
los vínculos cercanos 141
Estrategias de afrontamiento:
huyendo del vacío y del dolor de no existir 142
Enfrentando la intimidad:
actividad y pasividad correcta 146
Cuando el cuerpo exige ser reconocido:
los síntomas 147
Identificando con claridad:
el diagnóstico diferencial 148
Relación terapéutica:
caminando por la cuerda floja 150
Abordaje terapéutico del modo de ser histriónico 153

Capítulo 8
Cuando la sumisión reina: el modo de ser dependiente 161
Ante el espejo de la soledad 163
Los vínculos cercanos: quisiera sacudirlo pero me da lástima 176
Cuando la sumisión restringe la expresión de la personalidad auténtica 177
Entre la sumisión y la solidaridad 182
Las diversas caras de la dependencia 185
La pasividad y la actividad incorrecta: protegiéndose del vacío 186
Enfrentando el vacío: actividad y pasividad correcta 189
Cuando la olla de presión explota 192
Disfrutando la trampa de la relación terapéutica 193
El abordaje terapéutico del modo de ser sumiso 198

Capítulo 9
Cuando huir de los otros no basta: el modo de ser evitativo 209
El miedo de existir 212
Los vínculos cercanos de lo impersonal 224
Cuando el miedo restringe la expresión de la personalidad auténtica 225
Entre la prudencia y el miedo a relacionarse 231
Las diversas caras de la evitación 234
La pasividad y la actividad incorrectas: estrategias de afrontamiento 236
Enfrentando el miedo: actividad y pasividad correcta 240
Diferenciándose de otros modos de ser y uno que otro diagnóstico 241
Cuando la tensión empieza a salir por los poros 245
La relación terapéutica: logrando romper y mantener el hielo roto 247
El abordaje terapéutico del modo de ser miedoso 252

Capítulo 10
La trampa de la grandiosidad: el modo de ser narcisista 263
Descripción: mirando al espejo de la voluntad de poder 265
La restricción del modo de ser grandioso como posibilidad 276
Los vínculos cercanos: sus víctimas y su salvación 280
La pasividad y actividad incorrectas: protegiendo la identidad grandiosa 284
Aceptando la intimidad y la humildad: actividad y pasividad correctas 286
Entre la autoestima real y la fantasía grandiosa 288
Las personalidades del modo de ser grandioso 291
Aumentando las diferencias: el diagnóstico diferencial 293
Las grietas sintomáticas de este modo de ser 295
Sobreviviendo a la relación terapéutica 296
Abordaje terapéutico del modo de ser grandioso 300

Bibliografía 309

Índice analítico 321

© *Editorial El Manual Moderno* Fotocopiar sin autorización es un delito.

Prólogo

Siempre recibo este tipo de libros con gran regocijo debido a que, sin la pretensión de obviar o menospreciar los aportes objetivos de la psicología al entendimiento de alguno de los trastornos que actualmente existen, se enfatiza igualmente la necesidad de contextualizar dichos aportes a partir de la comprensión del sentido de la experiencia de quien está experimentando alguno de esos trastornos. En este sentido, considero que es muy importante clarificar que es pertinente preguntarnos por aspectos característicos de la psicología en general, como son los distintos procesos cognitivos implicados en la experiencia, las formas en que se desarrolla el aprendizaje de nuevos comportamientos, la forma en que se bloquea la continuidad de antiguas formas de actuar que pudiesen seguir siendo funcionales en la actualidad, el desarrollo de distintos impulsos inconscientes, o la forma en que emerge o se manifiesta la afectividad, entre otros. Sin embargo, es igualmente importante cuestionarnos acerca del sentido concreto que pretende afirmar, alcanzar o defender una persona al desarrollar, descubrir o constituir sus experiencias. Esto significa que los distintos aspectos objetivos que estudia la psicología tradicionalmente deberían comprenderse desde la clarificación y captación de la situación existencial, distintiva y única, de cada persona y del sentido que dicha persona pretende lograr o afirmar en ella. De esta forma, se debe seguir teniendo la pretensión de clarificar y explicar las experiencias de los seres humanos, tanto funcionales como disfuncionales, pero basando toda explicación teórica en, y a partir de, la comprensión de las experiencias concretas de los seres humanos y del sentido que pretendan alcanzar en dichas experiencias.

Ahora bien, entre las principales escuelas que se centran en la comprensión del sentido de la experiencia de los seres humanos se encuentra la logoterapia, fundamentada en los aportes y desarrollos teóricos y prácticos de Victor Frankl y continuados a lo largo del tiempo por diversos autores en Europa y América. En Colombia y Suramérica, uno de los principales autores que ha desarrollado esta línea de pensamiento es el doctor Efrén Martínez, quien con libros como éste aporta

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

enormemente no sólo al entendimiento de problemáticas tan complejas como son los trastornos de personalidad, sino que sobre todo, colabora con la forma de comprender el sentido de la experiencia de los seres humanos que vivencian este tipo de trastornos, lo cual puede repercutir considerablemente sobre el entendimiento del abordaje psicológico que se debe realizar con estas personas. En este orden de ideas, creo que el doctor Martinez logra clarificar y hacer evidente la importancia de acercarse comprensivamente al ser humano, así como la forma de poder hacerlo a través de la psicoterapia. Esto se aprecia no sólo en el énfasis que hace sobre la comprensión de cuatro de los distintos trastornos de personalidad que más se presentan en la actualidad, como son los trastornos histriónico, dependiente, evitativo y narcisista, sino que también se aprecia a través del énfasis que da al clarificar el proceso terapéutico, las estrategias de afrontamiento, la relación terapéutica y el psicodiagnóstico, a la luz de un modelo logoterapéutico que se centra en la dilucidación del sentido de la persona que se encuentra en psicoterapia y no tanto en las necesidades teóricas y metodológicas del terapeuta.

Así, este libro cobra especial importancia para quienes estén interesados en comprender la forma en que los seres humanos desarrollan o crean experiencias disfuncionales, a partir de las cuales se pueden generar diversos trastornos de personalidad, así como para aquellos que estén interesados en conocer la manera de desarrollar estrategias terapéuticas apropiadas para personas con este tipo de trastornos, sin perder de vista el sentido de las experiencias de dichas personas.

Un dato muy interesante de este libro es que es la primera vez que en el idioma español, que yo sepa al menos, que un psicólogo con una de las orientaciones centradas en el descubrimiento y clarificación del sentido de la experiencia de los seres humanos (como son la psicología humanista, la Gestalt, la psicología existencial, el análisis existencial, la psicología experiencial o la logoterapia), se preocupa por aportar organizada y sistemáticamente a la comprensión de los trastornos de personalidad, evidenciando el interés y énfasis en la comprensión del sentido, pero sin descuidar los aspectos formales de dichos trastornos. Considero este tipo de aportes muy valioso para el desarrollo de la psicología ya que al tiempo que se atienden aspectos formales u objetivos de algunos de los trastornos psicopatológicos actuales, que en este caso son los trastornos de personalidad, también permite contextualizar dichos aportes y conocimientos a la luz de la estructura psicológica concreta de la persona que vivencia el trastorno.

En este orden de ideas, Efrén, antes de centrarse en encontrar las causas o la explicación implicada en los trastornos de personalidad, se preocupa explícitamente por captar, descubrir y conocer el sentido particular en que el ser humano que vivencia un trastorno de personalidad está centrado y que necesita reafirmar para sentirse con algún valor como ser humano. Esta orientación refuerza la postura comprensiva actual implicada en las distintas escuelas que se preocupan por la captación del sentido de la experiencia, según la cual debemos centrarnos en primera

instancia en la comprensión de la estructura existencial de una persona, la forma de vivenciar sus experiencias y el sentido que otorga a éstas, para a partir de ahí contextualizar y desarrollar cualquier diagnóstico o interpretación teórica acerca de esa misma persona.

Ahora bien, cuando en psicología se habla de trastornos de personalidad en general, así como de cualquier otro trastorno psicopatológico, observamos que usualmente las referencias al ser humano se hacen sin tener presente el entendimiento surgido de la situación concreta de existencia en que la experiencia del ser humano ocurre, con lo cual, son dejados de lado y por fuera de toda comprensión aquellos sentidos, necesidades afectivas y valores que resultan significativos para la persona que vivencia el trastorno de personalidad y que podrían dar luz sobre el proceso terapéutico que dicha persona necesita desarrollar para poder hacer frente a su experiencia.

Por ejemplo, las explicaciones que ofrece el DSM IV (o cualquier libro sobre psicopatología general) para diagnosticar los trastornos de personalidad sólo se enmarcan en todo momento en lo referente a los criterios y características para el diagnóstico de dichos trastornos, a los síntomas que sufre el individuo, a la evolución de dichos síntomas, a las tendencias estadísticas en cuanto al pronóstico y la prevalencia del trastorno, a los trastornos asociados, y a los criterios para hacer un diagnóstico diferencial. Sin embargo, en ningún momento se tiene en cuenta la comprensión de las características particulares de la persona que vivencia el trastorno de personalidad y mucho menos se atiende a la forma en que ésto puede repercutir en su manera de vivenciar y confrontar la experiencia cotidiana de tener un trastorno de personalidad. El lograr integrar estos dos aspectos (el conocimiento de los aspectos formales implicados a los trastornos de personalidad y la comprensión del sentido de quien vivencia el trastorno) es precisamente uno de los grandes aportes de este libro al conocimiento, comprensión y tratamiento psicológico de los trastornos de personalidad.

Alberto de Castro Ph.D.
Universidad del Norte, Colombia

© **Editorial El Manual Moderno** Fotocopiar sin autorización es un delito.

Preliminares

Este libro no es simplemente un tratado más sobre los trastornos de la personalidad, constituye un intento sistemático por llevar a cabo una propuesta descriptiva del tema, desde una perspectiva de pensamiento que integra el conocimiento actual sobre los trastornos de la personalidad con una clara inspiración existencial y enfáticamente frankliana; es decir, el lector podrá encontrar en estas páginas, evidencias y reflexiones basadas en los autores más importantes en esta área de la psicopatología y al mismo tiempo descubrirá un texto de rico matiz fenomenológico existencial, aplicando especialmente los principios de la logoterapia y el análisis existencial a una forma de psicoterapia denominada "centrada en el sentido". Ahora bien, este trabajo no es tan solo un libro de Logoterapia y Análisis existencial, es un texto de Psicoterapia Centrada en el Sentido, diferencia muy sutil para algunos lectores, ya que como se menciona más adelante, el pensamiento de Frankl ha tenido un tinte médico y psiquiátrico, de fuerte orientación filosófica existencial, que ha sido aplicado a diferentes áreas como la educación, la medicina, la administracion y la psicología, entre otras; así es que cuando se habla de Psicoterapia Centrada en el Sentido se está haciendo referencia a la aplicación de dicha perspectiva al ámbito de la psicoterapia, es decir, la PCS es una psicología clínica de orientación logoterapéutica.

Este libro pretende sumar a los reducidos esfuerzos que dentro del ámbito existencial se han hecho para abordar uno de los temas más importantes de la psicoterapia y la psicopatología, y al mismo tiempo acercar al lector ajeno a la perspectiva existencial, un manual de trabajo que enriquezca el conocimiento con los aportes de este género. Por ello, en la primera parte se desarrolla una introducción a la Psicoterapia Centrada en el sentido, sin ninguna intención de amplitud y pecando por excluir elementos que podrían consultarse en la bibliografía clásica de Viktor Frankl y otros autores del ámbito logoterapéutico; se recorren en este punto los antecedentes filosóficos, las bases epistemológicas y la bases teoricas de la PCS. Pos-

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

teriormente se introduce la PCS en los trastonos de la personalidad, brindando una mirada existencial a la comprensión de este fenómeno, transitando por la lectura logoterapéutica del trastorno a partir de la diferenciación entre persona y personalidad, realizando una propuesta arriesgada de personalidad auténtica e inauténtica que contempla las clásicas posturas Heidegerianas y de otros existencialistas, en integración con las posturas logoterapéuticas propias. Finalmente este capitulo avanza a una integración del conocimiento empírico actual sobre la etiología de los trastorno de la personalidad y la manera como los mismos restringen lo específicamente humano dejando a la persona en el mundo de lo inauténtico.

En el tercer capítulo el lector encontrará una versión actualizada de la pasividad y actividad justa e injusta de Frankl o en términos mas contemporáneos, de las estrategias de afrontamiento que ante el peligro o la amenaza de no existir, son usadas por los diferentes modos de ser; en este punto se pone en discusión las diferencias y similitudes de términos como Pasividad y Actividad, reacciones de *coping*, mecanismos de defensa y estrategias de afrontamiento, para posteriormente integrar el conocimiento investigativo con una propuesta existencial del afrontamiento, por niveles que abarcan la pasividad y actividad incorrectas que mantiene los trastornos, con la pasividad y actividad correctas que despliegan el potencial de la persona.

El cuarto capítulo brinda una propuesta psicodiagnóstica seria y sistemática, a partir de los elementos que configuran una buena formulación biográfica para el diseño de planes de tratamiento, recorriendo diferentes técnicas de evaluación y dando pautas específicas para el psicodiagnóstico, terminando de esta manera un proceso comprensivo que abre las puertas para abordar en el quinto capítulo, los aspectos esenciales de la relación terapéutica, en donde dadas las características de los trastornos de la personalidad, la autenticidad, la empatía, la aceptación incondicional y la consideración positiva son condiciones necesarias, pero no suficientes.

El sexto capítulo se centra en la descripción de los momentos del proceso psicoterapéutico, haciendo énfasis en los elementos que se deben contemplar en cada fase, profundizando en los primeros momentos del proceso en el desarrollo del encuadre terapéutico, el contexto seguro que garantice las medidas de seguridad necesarias, la evaluación y el diagnóstico, la consolidación de la relación terapéutica, el aumento de la motivación para el cambio y la reducción de síntomas, elementos fundamentales para iniciar un proceso profundo de cambio; en los segundos momentos se hace énfasis en el mantenimiento de la relación terapéutica y el uso de la misma en el proceso de cambio, se invita al cambio de estrategias de segundo nivel por estrategias de tercer nivel y se logra la resignificación de las restricciones que implanta lo psicofísico a la autenticidad de la persona. Finamente el foco se centra en la consolidación del cambio, la prevención de recaídas y el sentido de vida.

Desde el séptimo capítulo hasta el décimo se inicia una lectura específica de cuatro trastornos de la personalidad: Histriónico, Dependiente, Evitativo y Nar-

cisista, haciendo un recorrido por la descripción sistemática del modo de ser, su comprensión fenomenológica-existencial, su forma de pensar, la emocionalidad, la interpersonalidad, la imagen de si mismo y la manera como el trastorno específico restringe la expresión de la personalidad auténtica. Dentro del mismo texto se hace una propuesta dimensional de la restricción, diferenciando entre el estilo de la personalidad y el trastorno, a través de un degradé entre la libertad y la restricción de la misma. Cada capítulo sobre el modo de ser, está diseñado para que, además de comprender el trastorno, se puedan desarrollar diagnósticos diferenciales pertinentes, así como matices de personalidad dados por la presencia de otros rasgos; de igual forma, cada capítulo se esfuerza por hacer una exposición detallada de las estrategias de afrontamiento más comunes en cada modo de ser, recorriendo los aspectos enfermizos y mantenedores de la identidad inauténtica hasta llegar a las propuestas de despliegue de una personalidad saludable. Finalmente, cada modo de ser está acompañado de propuestas específicas para manejar la relación terapéutica y plantea un orden para la intervención psicoterapéutica, es decir, propone un modelo de abordaje terapéutico contemplando los diferentes momentos de intervención, sin las pretensiones de ser un protocolo que elimine la flexibilidad que requiere el abordaje de los trastorno de la personalidad, realizando una propuesta de "protocolo existencial" que se basa en la realidad humana que no puede abordarse de manera rígida e igual para todas las personas.

Este es un libro escrito para psicoterapeutas, no sólo existenciales o logoterapeutas, sino psicoterapeutas en general, interesados en la comprensión y abordaje de los trastornos de la personalidad, con la esperanza no sólo de difundir esta versión actualizada de las posturas existenciales sino con el interés explícito de ubicar la personalidad y sus restricciones como la base vulnerable de la psicopatología humana.

© **Editorial El Manual Moderno** Fotocopiar sin autorización es un delito.

1

Introducción a la psicoterapia centrada en el sentido

En la década de los 30 y a partir de la integración de diferentes autores de corte existencial, un médico, psiquiatra, neurólogo y filósofo llamado Víktor Emil Frankl (1905-1997) desarrolló una perspectiva de pensamiento denominada Logoterapia y Análisis Existencial que podría definirse como **un modo de pensamiento y una metodología combinados en un proceso dirigido a capacitar a los clientes a descubrir significado en sus vidas** (Guttmann, 1998); sin embargo, el pensamiento de Frankl ha tenido un tinte médico y psiquiátrico, de fuerte orientación filosófica, lo que le permite ser en parte una forma de psicoterapia, pero mucho más amplia y con aplicaciones a diferentes áreas como la educación, la medicina y la teología, entre otras. Así es que mientras la logoterapia es una perspectiva de pensamiento con influencias humanistas-existenciales, de aproximación cognitiva (metacognitiva) y epistemológicamente fenomenológica/constructivista (Martínez, 2007), la psicoterapia centrada en el sentido (PCS) es la aplicación de dicha perspectiva al ámbito de la psicoterapia, es decir, la PCS es una psicología clínica de orientación logoterapéutica.

ANTECEDENTES FILOSÓFICOS DE LA PCS

La logoterapia goza del privilegio de no haberse apartado de la filosofía como lo han hecho la mayoría de escuelas psicológicas, que aunque poseen una filosofía de base implícita a cualquier planteo de pensamiento, no siempre guardan concordancia o la claridad necesaria. Si bien, el pensamiento de Víktor Frankl tiene características propias, no es realmente un pensamiento nuevo, pues él mismo in-

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

tegra saberes filosóficos que se han acumulado durante siglos, siendo coincidente encontrar grandes similitudes entre diferentes autores, especialmente de la primera parte del siglo XX.

Ha sido Max Scheler, según el mismo Frankl, el filosofo que más influyó en el pensamiento y visión de mundo del creador de la logoterapia (Vial, 1999); reflejando en la teoría logoterapéutica puntos de directo encuentro con las propuestas de Scheler, así como otros elementos de manera implícita. La fenomenología formulada por Scheler y por Husserl, busca conservar lo humano de los fenómenos humanos (Frankl, 2001). Al respecto dice Frankl (1994a):

> Esta capacidad del espíritu humano para pasar por encima del «contenido» inmanente de la conciencia, aunque a través de él, hasta un «objeto» trascendente a la conciencia, es una nota distintiva que caracteriza al espíritu humano como tal, cualitativamente, frente al modo funcional psíquico de los seres vivos no humanos.

Para Scheler (2001), la persona vive y existe únicamente en la realización de actos intencionales, considerando el mundo como el correlato objetivo de la persona. De esta manera dice: "Así, a cada persona individual corresponde también un mundo individual". Sin embargo, no es solamente una característica del espíritu la de estar orientado hacia objetos intencionales, sino que además, es una característica distintiva con los animales, así como lo son en general las demás capacidades de lo espiritual. La influencia de Scheler en el pensamiento de Frankl se refleja en puntos tan importantes como la persona espiritual consciente e inconsciente, la visión de persona como centro de actos espirituales, los recursos noéticos de autodistanciamiento y autotrascendencia, los valores y la voluntad de sentido.

Otra influencia existencial de la logoterapia es la de Karl Jaspers, psiquiatra y filósofo alemán que aunque no lo influyó directamente, comparten posturas similares. La primera coincidencia se da en la visión epistemológica de los dos autores, pues tanto para Frankl como para Jaspers existe un mundo objetivo aunque cada cual tiene su concreción histórica, su mundo (Jaspers, 1993), siendo inseparable del mundo en el que se está y captándolo en perspectiva. En palabras de Jaspers (1958):

> No puedo hacerme entrar de nuevo en absoluto en mi existencia empírica de esta manera, como un objeto en el mundo único conocido, pues yo sigo siendo el que interviene, para el cual todo saber del único mundo es la suma de las perspectivas de lo cognoscible objetivamente, tal como se muestra en mi existencia empírica.

Ya Frankl (1994a, 1994b, 1994c, 1999, 2001) en numerosas publicaciones plantea que la captación de la realidad es captación de una realidad ontológica y no óntica, postura que concuerda con la fenomenicidad del mundo que plantea Jaspers (1985) al decir:

El carácter de realidad del mundo podemos enunciarlo radicalmente como fenomenicidad de la existencia. Lo que hemos dilucidado hasta aquí, lo flotante de todos los modos de la realidad, el carácter de simples perspectivas relativas que tienen las imágenes del mundo, el carácter de interpretación que tiene el conocimiento, el dársenos el ser en la separación del sujeto y el objeto, estos rasgos fundamentales del saber posible para nosotros, significan que todos los objetos se limitan a ser fenómenos, que ningún ser conocido es el ser en sí y en conjunto.

De tal manera que tanto en Jaspers como en Frankl queda en claro que su visión epistemológica haría más parte de las ciencias del espíritu que de las ciencias naturales (Jaspers, 1958, Frankl, 1994a), aunque para Frankl (1994a) esto sea sólo para el ámbito de la psicoterapia y no de la psiquiatría como ciencia.

Para Jaspers y para Frankl, hay coincidencias en la crítica al reduccionismo y la defensa a la dignidad de la persona. Ahora bien, tal vez sea el tema de la libertad y la autodeterminación el más citado por Frankl en relación con Jaspers y en donde de manera recurrente se encuentran afinidades referidas a su visión antropológica. Para Jaspers (1999)

> Como rasgo básico del hombre se tiene desde los orígenes: la libertad, la reflexión, el espíritu. El animal tiene su destino natural, cumplido autonómicamente por las leyes naturales, el hombre en cambio tiene un destino que puede cumplir por sí mismo.

Siendo por ello el hombre el ser que se decide a sí mismo (Frankl, 1994a, 1994c, 1994d, 1995b, 1999). Mostrando su complacencia con la postura jasperiana de la autoconfiguración del hombre al decir: "Como dice Jaspers, «lo que el hombre es, lo es por la causa que él ha hecho suya»". (Frankl, 2001), y desarrollando esta concepción de la mano con el concepto de responsabilidad, que de la misma forma no es esquivo ni olvidado por Jaspers (1958). Otro de los aspectos de gran relevancia en el pensamiento de Jaspers y que está seriamente relacionado con Frankl, se da en lo que Jaspers ha llamado situaciones límite de la existencia (Jaspers, 1985, 1958a, 1958b) y que Frankl ha tomado en su ya citada triada trágica de la existencia: sufrimiento, culpa y muerte.

Frankl ha considerado a Rudolf Allers como su gran maestro (Frankl, 1999) con quien trabajó en el laboratorio neurofisiológico de la escuela médica de la Universidad de Viena cuando era estudiante de medicina. Sin embargo, dicha relación de aprendizaje parece haberse superado y transformado en un colegaje de mutua admiración, pues para Allers la logoterapia ha sido uno de los grandes avances de la psicoterapia, resaltando y diciendo que:

> Uno de los aciertos de la "logoterapia" de V. E. Frankl es el haber considerado la posibilidad de que los problemas del paciente sean tenidos seriamente en cuenta y de que la tarea del psicoterapeuta consista en parte en ayudar al paciente a ver más

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

> claramente sus problemas. Porque sólo una existencia inauténtica puede escapar superficialmente al enfrentamiento de sus problemas básicos.

Y más adelante:

> Ser consciente de esta circunstancia es importante ya que aún no se sabe hasta qué punto la aproximación existencial resultará útil a la terapia. Aunque posee, indudablemente, una definida significación terapéutica, como es dable observar en el caso de la "logoterapia" de Frankl (Allers, 1959).

Allers y Frankl mantienen una postura existencial y una aproximación fenomenológica que busca, en palabras de Allers (1959): "Comprender el otro significado, justamente ver las cosas desde "su punto de vista", llegar a representarse el mundo de la misma manera que él." Postura respetuosa de la epistemología que comparten, pues continua en su texto diciendo: "Cada uno de nosotros vive, en cierto modo, en un mundo propio, por lo menos en la medida en que lleva una "existencia auténtica". En Frankl quedó marcada la influencia de Allers en cuanto a la psicoterapia, haciendo referencia a ésta como una educación para la responsabilidad (Frankl,1994c), tema que como ya se ha observado en la literatura logoterapéutica tiene que ver con el sentido de la vida, situación también de gran importancia para Allers, quien valoraba dicho aporte de la teoría frankliana (Allers, 1959).

Martín Buber es otro de los filósofos que se ha relacionado con el pensamiento frankliano, siendo el tema de la libertad y la espiritualidad uno de los más importantes puntos de encuentro, pues bien dice Frankl (1994a) refiriéndose a Buber:

> Esto ha expresado con mucha claridad Martín Buber en su libro *Das Problem des Menschen* (Heidelberg 1948, p. 13; vers. Casr.: ¿Qué es el hombre?, F.C.E., México 1976), donde previene contra «una confusión entre el poder y la fuerza» y distingue exactamente entre las fuerzas, por una parte, y la «capacidad de movilizar fuerzas» por otra; esta última capacidad, este «poder de movilizar fuerzas» lo posee el espíritu. Buber habla también (p. 142) de un «dominio incondicional» del espíritu de un «acuerdo originario que garantiza al espíritu un dominio indefectible y que atacan los instintos, en algunos casos a regañadientes, en la mayoría de ellos con gozo».

Sin embargo y casi por tradición, es el tema de la relación y el encuentro el que en definitiva da mayor fuerza a la filosofía dialógica en relación con el pensamiento de Frankl, pues la relación terapéutica en la logoterapia no se derivó de la psicología humanista, siendo más bien la misma la que lo tomó de las propuestas buberianas.

Frankl no solo era médico, neurólogo y psiquiatra, también poseía un título de doctor en filosofía, formación que lo hacía ampliamente conocedor de diferentes líneas de pensamiento, siendo la filosofía de corte existencial, los planteos fenomenológicos y en particular las reflexiones teístas las que más le acompañaron. Max Scheler, Karl Jaspers, Martín Buber fueron filósofos que aportaron sus reflexiones a

la logoterapia; sin embargo, algunos otros autores no podrían dejarse fuera de estas líneas, ni desconocer sus coincidencias e influencias con el pensamiento de Frankl. Tal es el caso de Dilthey, Husserl, Heidegger, Hartmann y Kierkegaard.

BASES EPISTEMOLÓGICAS DE LA PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL SENTIDO

La PCS sería difícil de ubicar epistemológicamente dentro de una escuela preestablecida, pues guarda diferencias y similitudes con todos los intentos de clasificación que se han realizado hasta el momento.

> La logoterapia, por lo general, es incluida dentro de la categoría de la psicología humanista (Bühler y Allen, 1972), o bien es identificada con la psiquiatría fenomenológica (Spiegelberg, 1972) o la psiquiatría existencial (Allport, 1959; Lyons, 1961; Pervin, 1960). Sin embargo, en opinión de diversos autores, la logoterapia es el único de dichos sistemas que ha logrado desarrollar técnicas psicoterapéuticas propiamente dichas (Frankl, 1994b).

Ahora bien, las diferencias no están sólo dadas en el campo metodológico, pues Frankl (1994b) realiza críticas tanto al existencialismo como al humanismo, aunque Frankl hace más bien referencia al llamado pseudohumanismo, pues es innegable que son más las coincidencias que las divergencias entre la logoterapia y otras corrientes ubicadas en el movimiento humanista-existencial.

También se intentó incluir a la logoterapia en el ámbito de la psiquiatría fenomenológica, al igual que dentro de la psiquiatría existencial, pues la logoterapia toma las influencias de la fenomenología de Husserl y especialmente de Max Scheler, así como la antropología existencialista, aunque configurando un cuerpo metodológico diferente e incluyendo la contraparte del tema central existencialista de la libertad: la responsabilidad[1]. La logoterapia ha recibido críticas relacionadas con la relación que mantiene con la filosofía existencial, a la cual se ha culpado de poner un excesivo acento en los aspectos trágicos de la vida (Frankl, 2001). Sin embargo, no toda la filosofía existencial es pesimista, ni la logoterapia es una apología a la tragedia, considerando tal vez todo lo contrario, pues no existe psicoterapia pasada ni actual, que conserve tanta fe en el ser humano y en sus potencialidades como la propuesta frankliana.

1 Vale la pena mencionar que ésta es una crítica parcializada, pues en autores como Buber y Jaspers, el tema de la responsabilidad en lo que se refiere al "encuentro" y a la "comunicación" respectivamente, son argumentos centrales.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Por otro lado, se ha intentado definir la logoterapia como una psicoterapia cognitiva[2] e incluso como la primera psicoterapia cognitiva, afirmación hecha por Frankl (1988) al referirse a Alfred Laengle, quien así lo ha considerado al analizar las condiciones y el programa de la logoterapia, sin embargo, la logoterapia no puede definirse como una psicoterapia cognitiva exclusivamente, y menos como una psicoterapia cognitiva estándar a la manera de autores como Beck y Ellis, quienes a pesar de compartir muchos recursos técnicos,[3] se diferencian epistemológica y antropológicamente de la PCS. Sin embargo, si pueden considerarse aspectos cognitivos del proceder logoterapéutico y de su concepción epistemológica. Al respecto dice Frankl (1988): "la logoterapia, que es el nombre con que se bautizó este nuevo enfoque, intentaba significar el desplazamiento del énfasis desde los aspectos afectivos a los aspectos cognitivos de la conducta humana". Pero la logoterapia va más allá de lo cognitivo, pues como dice Frankl (1988) en este mismo texto:

> ...la idea de logos estaba sólo parcialmente esbozada en los términos cognitivos clásicos de la cognición, indicando que durante el desarrollo de la logoterapia (sería mejor decir de la logoteoría subyacente a la misma), el logos incluía la cognición, o la percepción del significado.

La Dimensión Noética[4] comprende los aspectos cognitivos del ser humano, esta dimensión originaria, es la condición de otras posibilidades como la percepción, el pensamiento y el lenguaje, así como del recuerdo y la evocación, siendo esto lo que facilita esa característica noológica del "estar junto a" de manera atemporal y aespacial (Frankl, 1994a). Esta característica de lo Noético es su fundamento intencional, la posibilidad de que el ser espiritual esté presente en otro ser es una facultad originaria, es la esencia del ser espiritual, de la realidad espiritual.

La principal diferencia de la logoterapia con el cognitivismo clínico se da a nivel epistemológico al plantear la logoterapia la reflexión acerca del modo de acceso del sujeto al objeto que en palabras de Frankl (1994a) queda expuesta con claridad al decir:

> La pregunta sobre el modo de acceso del sujeto al objeto (para posibilitar y construir un conocimiento objetivo) carece de sentido porque la pregunta es ya el resultado de una espacialización ilegítima y constituye, en consecuencia, una notificación de la verdadera realidad; es superfluo preguntar cómo el sujeto puede salir fuera de sí y acceder al objeto que se encuentra fuera, simplemente porque este objeto nunca estuvo fuera en sentido ontológico, de metafísica del conocimiento. Pero si esta cues-

2 Carelli, Rocco. Logoteoria: assunti Clinici. En: Attualita in logoterapia. Roma. LAS. P. 49-77.

3 La logoterapia y la psicoterapia cognitiva estándar comparten el diálogo socrático como técnica principal, así como el autodistanciamiento o distanciamiento crítico llevado a cabo por técnicas tradicionales de la psicoterapia cognitiva y el humor de la Terapia Racional Emotiva.

4 Dimensión espiritual del ser humano, dimensión específica de la autoconciencia e intencionalidad.

> tión se plantea a nivel ontológico y auténticamente metafísico y se entiende el afuera como un modo de hablar, nuestra respuesta es que el denominado sujeto ha estado siempre afuera, por decirlo así, junto al denominado objeto. Dicho de otro modo: no podemos admitir en una metafísica del conocimiento esa distancia, esa fisura de sujeto y objeto que la teoría del conocimiento establece con su ilegítima espacialización; sólo así podemos construir una auténtica ontología del conocimiento, solamente así se evitará el abismo entre el ser cognoscente espiritual y el ser conocido.

Para la logoterapia el conocimiento no es una representación o copia del mundo real como lo es para el objetivismo cognitivo (Frankl, 1994a, 1994b, 1994c, 1999, 2001), al respecto dice Frankl (1994a); sin embargo, Frankl no niega la existencia de una realidad, solo que muestra como acceder a la misma es parte de un proceso denominado Noodinamia y entendido al plantear que "el conocimiento se funda, indispensablemente, en un campo de tensión polar entre lo objetivo y lo subjetivo, pues sólo partiendo de esta base puede establecerse la dinámica esencial del acto cognoscitivo" (Frankl, 2001). En orden a este planteamiento, no existe una verdad universal como lo propone el objetivismo (Mahoney, 1997, Neimeyer & Mahoney, 1998, Feixas & Villegas, 2000), sino más bien como dice Frankl (1994a)

> ...la verdad nunca es una verdad, sino siempre la verdad vista en la perspectiva de cada cual. Es esta perspectiva la que revela a cada cual la verdad en general. Por otra parte, mi perspectiva, si se transfiere a otro, le deforma la verdad. De ese modo, lo único absoluto que la verdad permite al hombre es la unicidad absoluta de la perspectiva, donde la verdad se manifiesta a cada hombre. Y así el perspectivismo no tiene por qué desembocar en un relativismo.

Las diferencias de la logoterapia con el cognitivismo clínico no se dan sólo a nivel epistemológico, también a nivel antropológico hacen referencia a concepciones de ser humano opuestas, pues mientras para la logoterapia el ser humano es proactivo e intencional, para el cognitivismo estándar es reactivo y determinista. Superadas las psicoterapias cognitivas estándar, algunas formas de psicoterapia como la metacognitiva se acercan más al planteamiento de la Psicoterapia Centrada en el Sentido, pues las manifestaciones de la dimensión noética y la metacognición son constructos similares, aunque desde la perspectiva logoterapéutica se expresen algunas diferencias en cuanto a lo ontogenético y filogenético de lo noético-espiritual. Los recursos noéticos se manifiestan psicológicamente como funciones metacognitivas; sin embargo, las funciones metacognitivas[5] son el aspecto cognitivo de la dimensión noética –de la dimensión específicamente humana–.

5 Por funciones metacognitivas se entiende la capacidad autorreflexiva, relativa a los propios estados y procesos mentales, la capacidad para comprender la mente ajena y la capacidad de utilizar estas operaciones cognitivas para resolver trabajos existenciales o reducir el sufrimiento.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

> ... solamente el hombre posee una conciencia de orden superior, la caracterizada por funciones cognitivas y metacognitivas... Estas operaciones atañen al dominio de la conciencia y los procesos de control metacognitivos y son las funciones más elevadas de la conciencia "superior", verdaderamente exclusivas de nuestra especie (Semerari, 2002a).

Finalmente, la logoterapia ha sido ubicada y tomada en cuenta por diferentes teóricos constructivistas, incluso ubicándola como su predecesora. "Las psicoterapias constructivistas han sido propuestas por el logoterapeuta Viktor Frankl y por toda una colección de académicos y profesionales internacionales" (Mahoney, 1998), ubicando la teoría frankliana en las raíces del constructivismo, como lo propone Meichenbaum (1997) al decir: "la perspectiva constructivista tiene sus raíces en los escritos filosóficos de Immanuel Kant, Ernst Cassirer y Nelson Goodman, y en los escritos psicológicos de Willhelm Wundt, Alfred Adler, George Kelly, Jean Piaget, Viktor Frankl y Jerome Frank". Afirmación cuya seriedad no genera duda, debido a la similitud de sus planteos y a la posición histórica que mantiene; sin embargo, aunque autores como Mahoney (1998) la ubican en 1959, la logoterapia data de tres décadas atrás, ubicándola de esta forma como la primera psicoterapia constructivista.

Por constructivismo se hace referencia a un grupo o familia de teorías que consideran que el conocimiento y la experiencia humana suponen una participación proactiva por parte de la persona (Goncalves, 1998). Dentro de este grupo de familias se pueden distinguir como parte de un continuum las posiciones construccionistas y las constructivistas o como también se han llamado, las posturas constructivistas críticas y las posturas constructivistas radicales (Mahoney, 1997, 1998, Feixas, 1998, Goncalves, 1998, Efran & Fauber, 1998, Neimayer, 1998, Feixas & Villegas, 2000). Por constructivismo critico o trivial (Feixas & Villegas, 2000) se entiende la postura constructivista que considera la existencia de una realidad óntica aunque inaccesible totalmente, mientras que el constructivismo radical hace referencia a la postura constructivista cercana al idealismo, en donde la realidad externa o interna no existe sino mediada por los procesos sociales de interacción e intercambio simbólico. Ahora bien, la diferencia interna entre las familias de la metateoría constructivista, no es de tipo epistemológico, sino más bien ontológico. Desde esta postura, la PCS sería una forma de constructivismo crítico, pues la misma plantea la existencia de un mundo objetivo aunque inaccesible totalmente, haciendo referencia a una aproximación ontológica selectiva, es decir, se toma subjetivamente una parte de la realidad objetiva.

Al igual que los logoterapeutas, "gran parte de lo que hacen los asesores constructivistas es exploratorio, experimental y fundamentalmente existencial" (Mahoney, 1998); sin embargo, las coincidencias entre logoterapia y constructivismo, van más allá del proceder terapéutico. A nivel general, la logoterapia y el constructivismo

comparten una visión de hombre proactivo y no reactivo, partícipe de su vida, en palabras de Mahoney & Freeman (1988): "Somos claramente, tanto el sujeto como el objeto de nuestra búsqueda, el que produce el cambio como el que cambia, y el único organismo conocido que piensa, siente, actúa y es capaz de autoconciencia"; como se expuso en el punto sobre la aproximación cognitiva de la logoterapia, la visión de ser humano se opone al reactivismo de las posturas objetivistas, acercándose totalmente a la postura constructivista que considera al hombre, predicativo, planificador y orientado hacia fines (Neimeyer, 1998, Feixas & Villegas, 2000).

BASES TEÓRICAS DE LA PRAXIS DE LA PCS

Toda psicoterapia tiene una estructura teórica, un modelo de funcionamiento y unos procedimientos técnicos (Fernández, 1999) enmarcados en una visión epistemológica y antropológica, bien sean estas explícitas o implícitas. A continuación se expone la estructura teórica de la PCS, describiendo la teoría de la Noodinamia, para en los capítulos posteriores exponer la teoría del enfermar y la teoría del cambio.

Teoría de la Noodinamia

Pilares básicos de la Logoterapia

Libertad de la voluntad

La logoterapia plantea como una manifestación de la persona la libertad humana, que a pesar de ser finita en el organismo psicofísico, se antepone desde lo espiritual a esta finitud. Esta libertad se despliega a través de una capacidad específicamente humana como lo es el Autodistanciamiento y el ejercicio del poder de resistencia del espíritu o antagonismo psiconoético.[6] Según Frankl (1994c) es una libertad frente a tres cosas: 1) frente a los instintos, 2) frente a la herencia, y 3) frente al medio ambiente. Con relación a los instintos el hombre los posee, más no son ellos los que lo poseen a él; a manera de ejemplo podemos decir que el animal "es" instinto, en cambio el hombre posee instintos. Frente a la herencia y el medio ambiente, así como ante los instintos, el ser humano puede encontrarse condicionado más no pandeterminado, totalmente finalizado y predestinado, siendo precisamente gracias a la presencia de estos condicionamientos que el ser humano puede desplegar su libertad.

6 Facultad específicamente humana que le permite al hombre distanciarse de su organismo psicofísico, anteponerse a los mandatos instintuales, hereditarios y del medio ambiente.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Dentro de esta libertad se enmarca el concepto de responsabilidad. El hombre es libre para ser responsable; es responsable porque es libre. Es decir, negar la responsabilidad es una libre elección de no-ser libre (Martínez, 2003), fundamento que hace inseparables estas dos manifestaciones espirituales. El análisis existencial plantea que el hombre es responsable de la realización del sentido y los valores (Frankl, 1994c). Es decir, el hombre está llamado a la realización del sentido de su vida y de los valores que le dan significado a la misma, y ante este llamado, es responsable. De igual forma la logoterapia refiere una responsabilidad ante algo y ante alguien. Ante algo definido como la conciencia y ante alguien enmarcado en la capacidad específicamente humana de la autotrascendencia dirigida al encuentro con el otro y con una dimensión trascendente. Finalmente, la responsabilidad puede entenderse como la habilidad de dar respuesta a las preguntas que plantea la vida, y como la capacidad de asumir las consecuencias de las elecciones realizadas.

Voluntad de sentido

En el sistema logoterapéutico se introduce una teoría motivacional denominada voluntad de sentido y contrapuesta a las voluntades de placer de Freud y de poder de Adler. La voluntad de sentido se relaciona con la autotrascendencia que caracteriza al ser humano, puesto que ella:

> ... radica en el hecho fundamental de que el hombre apunte más allá de si mismo hacia un sentido que primeramente debe descubrir y cuya plenitud debe lograr, a esto Frankl suele describirlo con el concepto de voluntad de sentido (Frankl, 1994d).

Es decir, las voluntades de placer y de poder conllevan un argumento inmanentista que se opone a la autotrascendencia y frustra la existencia del ser humano. Mientras las voluntades de placer y de poder consideran como fin último de la existencia la consecución del placer y del poder, la logoterapia argumenta que los mismos son consecuencias de alcanzar un fin y no el fin en si, motivo por el cual se promueve un estado de frustración que conlleva al surgimiento del vacío existencial. En cuanto a la voluntad de sentido esta no busca alcanzar el poder ni el placer, ni siquiera la felicidad, pues su interés es el encuentro de un argumento, una razón para ser feliz.

El vacío existencial que surge tras la frustración o el no desarrollo de la voluntad de sentido se constituye como uno de los síntomas modernos. Según Frankl:

> ...vivimos en una época de reciente automatización y ésta lleva consigo un incremento del tiempo libre disponible. Pero no hay sólo un tiempo libre de algo sino también un tiempo libre para algo; el hombre existencialmente frustrado, sin embargo, no conoce nada con lo que podría llenarlo, nada con lo que podría rellenar su vacío existencial (Frankl, 1994c).

Sentido de vida

El primer fundamento de la antropología frankliana es el postulado de la libertad de la voluntad. Una libertad que no sólo es ante algo sino para la búsqueda del sentido de la vida; es decir, para el desarrollo del segundo fundamento logoterapéutico o fuerza motivacional llamada voluntad de sentido. Finalmente surge la pregunta por el sentido de la vida; sin embargo, para preguntar por el sentido de vida –sobre lo que es o lo que significa– hay que preguntar por el sentido de una persona concreta y de una situación concreta, en la que la vida le pregunta al ser humano y el siente un llamado a responder (Frankl, 1994c); el sentido es único e irrepetible para cada persona, es un constructo que apela a la coherencia y le confiere a la vida orientación, coherencia, unidad y propósito. Dice Frankl (1994c):

> En la logoterapia entendemos, en general, por sentido el sentido concreto que una persona concreta –en virtud de su voluntad de sentido– es capaz de deducir de una situación concreta. Una capacidad, gracias a la que está capacitado para percibir, en el trasfondo de la realidad, una posibilidad de cambiar esta misma realidad o, por el contrario, si esto fuese realmente imposible, de cambiarse a si mismo en la medida en que nosotros también podemos madurar, crecer, superarnos a nosotros mismos por un estado de sufrimiento cuya causa no se puede anular ni eliminar, de forma que la vida guarda su potencial carácter de sentido incluso *in extremis* e *in ultimis*.

En conclusión podríamos argumentar que el sentido de la vida existe en todo momento y bajo cualquier circunstancia, que el hombre es libre para buscarlo y que esa tensión entre lo que es y lo que debe ser lo motiva para encontrarlo. Es decir, el sentido de la vida se contiene en la vida misma. La vida como hecho fáctico que "es", al mismo tiempo "es posibilidad" de ser y es ante esta posibilidad que el hombre responde y descubre un sentido para su vida (Martínez, 2002). En sí, el sentido de vida es la percepción afectiva-cognitiva de valores que invitan a la persona a actuar de un modo u otro ante una situación partícular o la vida en general, confiriéndole a la persona coherencia e identidad personal (Martínez, 2007, 2009a).

Según la logoterapia existen tres caminos para encontrar sentido:

- Valores de creación: dar algo o trabajar.
- Valores de experiencia: vivenciar algo o a amar a alguien.
- Valores de actitud: asumir el sufrimiento ineludible e inevitable.

La triada de valores de la logoterapia se refiere a valores objetivos que pueden incluirse en esta estructura tríadica; no se refieren a formas de valorar puesto que no se considera al mundo de los valores como subjetivo. Y aunque el sentido es único para cada persona y situación concreta, los valores se hacen evidentes en dichas

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

situaciones permitiendo que a través de ellos se haga evidente el sentido (similar a lo que sucedería con una Gestalt). Los valores de creación se pueden concretar a través del trabajo, de aquello que yo creo, una obra, algo que doy. Los valores de experiencia o vivenciales se dan en la acogida al universo, en la experiencia del amor y/o en aquello que recibo para mí. Finalmente los valores de actitud se hacen evidentes ante circunstancias de sufrimiento ineludible e inevitable, ante aquello que en logoterapia se llama triada trágica: sufrimiento, culpa y muerte (Frankl, 1994a).

La espiritualidad humana

Es la logoterapia, la psicoterapia que privilegia la dimensión espiritual del ser humano, sin desconocer las otras dimensiones que lo constituyen y al mismo tiempo evitando la supravaloración de lo noológico. Ahora bien, es tal vez el término espiritual es el que mayor defensividad y ambigüedad teórica despierta en los psicólogos que intentan acercarse a la logoterapia; sin embargo, la dimensión espiritual o noética no es una realidad tan abstracta como parece y aunque no sea una realidad óntica sino más bien ontológica, puede ser comprensible y además, necesariamente comprensible, pues la misma no es sólo la dimensión propia del hombre sino que es la dimensión específica del mismo (Frankl, 1994c), la dimensión que lo diferencia e integra en una unidad múltiple que lo hace humano. ¿Qué es entonces lo espiritual?, en palabras de Frankl (1994c): "Y precisamente designamos como espiritual en el hombre aquello que pueda confrontarse con todo lo social, lo corporal e incluso lo psíquico en él. Lo espiritual es ya por definición sólo lo libre en el hombre".

Características de la espiritualidad humana

Lo espiritual es potencia pura (Frankl, 1994a), no posee una realidad sustancial, es mera posibilidad de manifestación.

- Lo espiritual brinda unidad y totalidad a la persona humana, es la dimensión integradora que solo en un nivel heurístico puede verse separada de su organismo psicofísico (Frankl, 1994c).

- Lo espiritual hace consciente lo estético, lo erótico y lo ético en una tensión fecunda de su propia intencionalidad (Frankl, 1994c).

- Lo espiritual es autoconciencia (Frankl, 1994c, 1999a), es diálogo consigo mismo.

- Lo espiritual es doblemente trascendente en su intencionalidad y reflexividad (Frankl, 1999a).

– Lo espiritual es el núcleo sano de la persona, la dimensión que no enferma (Frankl, 1999a).

– Lo espiritual ejerce presencia en sentido ontológico (Frankl, 1994a), es un "estar junto a" que no se concibe en términos espacio-temporales.

– La dimensión noológica debe definirse como la dimensión en la que se localizan los fenómenos específicamente humanos (Frankl, 2001).

– Lo espiritual es aquello que instrumentaliza al organismo psicofísico, utilizándolo como mecanismo de expresión (Frankl, 1994a, 1994c).

– Lo espiritual es el centro de recursos noéticos (autotrascendencia y autodistanciamiento). Entre otros.

En el ámbito de la psicoterapia contemporánea, lo noético ha empezado a tener un buen reconocimiento por diferentes posturas que intentan aproximarse a lo que la logoterapia ha planteado ya hace varias décadas. De esta manera, podemos encontrar reflexiones como las siguientes:

> Me pregunto a veces si, en nuestros intentos para reducir rápidamente los problemas emocionales, no estamos precipitándonos a reducir al silencio al mensajero mucho antes de que comprendamos el mensaje (Mahoney, 1988) o "Los humanos son fuentes de energía potenciales que se materializan y desmaterializan constantemente en proyectos. Los proyectos son energía que se proyecta en las válvulas de los guiones vitales. La materialización y desmaterialización de la energía llevada a cabo mediante los proyectos individuales y sociales origina el mundo de las proyecciones. Por lo tanto, para los constructivistas el objetivo es la potencialidad, es decir, la eficacia y funcionalidad de la energía humana." (Goncalves, 1998).

Así como las propuestas de Bandura (1988) respecto a las características de lo humano como la autorregulación, la capacidad de autorreflexión, de anticipación y de simbolización, o en sus propias palabras: "Pero los humanos tenemos una capacidad sin parangón para convertirnos en muchas cosas, gracias a nuestra gran plasticidad y a nuestras facultades de conocimiento." Y aunque la mayoría de los autores que intentan acercarse a lo espiritual aún se quedan sólo en los aspectos cognitivos de la dimensión noética, son aproximaciones que demuestran la necesidad ya evidente de no ignorar lo específicamente humano.

La dimensión noética al ser potencia pura, se reconoce en su realización, requiriendo del organismo psicofísico para su expresión. Si bien, lo físico y lo psicológico forman una unidad íntima (Frankl, 1994c), esta no es la mismidad de la persona, no es la totalidad, pero si es necesario para la expresión de lo espiritual. Ahora bien,

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

la mismidad espiritual no es consciente a sí misma, es irrefleja e irreflexionable (Frankl, 1995a), es aquello que se conoce como inconsciente espiritual o preferiblemente espiritualidad no consciente (Freire, 2002).

La espiritualidad no consciente

La espiritualidad no consciente es ampliamente tratada en la literatura logoterapéutica (Frankl, 1992, 1994a, 1994c, 1995b, 1999, Freire, 2002, Martínez, 2002) pero bastante confusa para el lector amateur, por ello, brevemente se puede decir que la espiritualidad no consciente es el piso de la persona espiritual, es el suelo de la mismidad que carece de autoconciencia reflexiva, es decir, no puede reflexionar sobre sí misma, en otros términos, la espiritualidad humana puede distanciarse de su organismo psicofísico y reflexionar sobre ello, haciendo consciente la espiritualidad a través de las manifestaciones de la misma; sin embargo, la espiritualidad en su profundidad no puede verse a si misma, porque sería otra entidad espiritual la que estaría viendo. En otros términos, aquel que habita en mi, puede ver al "mi" que utiliza como órgano de expresión, pero aquel que ve a ese organismo psicofísico, no puede ver al que habita en ese órgano de expresión porque es él mismo el que está viendo. La espiritualidad en su profundidad es obligadamente inconsciente, ya que si la misma se viera a sí misma, la mismidad quedaría en entredicho (Martínez, 2002).

Recursos noéticos

Los recursos noéticos al hacer referencia a capacidades específicamente humanas y al constituir los principales elementos para desarrollar una psicoterapia centrada en el sentido, son sin lugar a dudas una pieza fundamental de profundización y estudio para los logoterapeutas, pues como bien dice Frankl: "Una psicoterapia humana –humanizada, rehumanizada– presupone que tengamos bien presente la autotrascendencia y que lleguemos a dominar el autodistanciamiento. (1992)". ¿Qué son entonces los recursos noéticos?, pues son características antropológicas básicas de la existencia humana, potencialidades inherentes que constituyen al ser humano en persona y que Frankl consideraba como "las dos características antropológicas fundamentales de la existencia humana, que se dan en esa dimensión: su autotrascendencia, en primer lugar, y, en segundo lugar, la capacidad para distanciarse de sí mismo. (1992)". En síntesis, los recursos noéticos (Frankl, 1992, 1999) son el conjunto de fenómenos, capacidades o manifestaciones espirituales, expresadas por el autodistanciamiento y la autotrascendencia. Son características antropológicas ineludibles aunque restringibles, son recursos que no están en lo psicofísico, ni siquiera "están" en ninguna parte, no son una realidad óntica, no tienen materia, son potencia pura, son posibilidad de manifestación (Martínez, 2007).

Autodistanciamiento

El autodistanciamiento es la capacidad específicamente humana de tomar distancia de sí mismo, de monitorear y controlar los propios procesos emotivo-cognitivos; "lo espiritual nunca se diluye en una situación; siempre es capaz de distanciarse de la situación sin diluirse en ella; de guardar distancia, de tomar postura frente a la situación" (Frankl, 1994a), es la manifestación de la autoconciencia que terapéuticamente es bastante útil.

> En efecto, esta distancia de lo espiritual frente a lo psicofísico, que hemos comentado antes, esa distancia que funda el antagonismo psiconoético, parece extraordinariamente fecunda, se puede hacer útil. Justamente la logoterapia ha procurado explotar el antagonismo facultativo entre la existencia espiritual y la facticidad psicofísica. La logoterapia apela a la persona, a la facultad del espíritu de contraponerse a lo psicofísico, de resistirlo, a ese poder de resistencia del espíritu; a este poder recurre, a este poder se remite (Frankl, 1994a).

El autodistanciamiento incluye las capacidades metacognitivas del ser humano, pues las mismas, son el conocimiento que uno tiene y el control que uno ejerce sobre la propia actividad cognitiva y las emociones que acompañan dicha actividad, relacionadas con el progreso hacia las metas y la vida misma, de tal forma que cuando se habla de metacognición se está hablando de autodistanciamiento.

Esta capacidad humana de autodistanciarse, de ejercer la autoconciencia no sólo para verse en situación, sino para regular sus propios procesos –o como se diría en logoterapia: para manifestar el poder de oposición del espíritu– es un elemento compartido por diferentes teóricos tanto de lo cognitivo, lo metacognitivo y lo constructivista (Guidano & Liotti, 1988, Mahoney & Freeman, 1988, Mahoney, 1988, Bandura, 1988, Ellis, 1997, Neimeyer, 1997, 1998, Goncalves, 2002, Neimeyer, Greg. 1998, Feixas & Villegas, 2000, Semerari, 2002a, 2002b) y que sin lugar a dudas, Frankl fue el primero en plantearlo en el ámbito de la psicoterapia, dándole el lugar que le corresponde, pues como el mismo dice:

> El antagonismo noopsíquico posee así una extremada relevancia terapéutica: toda psicoterapia debe arrancar de él, y especialmente la logoterapia debe cerrarse a él, en efecto mientras que lo psicofísico, conforme al paralelismo psicofísico se sigue en definitiva de lo somático, la actitud personal espiritual se afirma frente a lo psicofísico (sin olvidar que ese enfrentamiento no es necesariamente una contraposición). Gracias a esta facultad de lo espiritual para enfrentarse a lo psicofísico, la logoterapia como psicoterapia, desde lo espiritual, puede abordar, por la vía de lo espiritual y con los medios de lo espiritual, todos los estados psicofísicos. (1994a).

Para Frankl, El autodistanciamiento es "la capacidad de poner distancia a las situaciones exteriores, de ponernos firmes en relación con ellas; pero somos capaces

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

no solamente de poner distancia con el mundo, sino también con nosotros mismos. (1999)", es aquello que Frankl define Antagonismo Psiconoético Facultativo y que en palabras del mismo

> ... este responde a la capacidad del hombre para distanciarse de lo psicofísico. En lugar de identificarse con los instintos, el hombre se distancia de ellos; si bien, desde esa distancia, puede decirle sí. Esto es lo que constituye en definitiva lo humano del hombre; la posibilidad de distanciarse de los instintos y de no identificarse con ellos; esto no puede hacerlo el animal porque, en cierto modo, ya es idéntico a sus instintos.

El autodistanciamiento y su multiplicidad enriquecedora puede resumirse en la autocomprensión o autoconocimiento fruto de la distancia de sí mismo, la autorregulación o poder de resistencia del espíritu que ejerce el antagonismo psiconoético facultativo y la autoproyección humana o capacidad de anticipación de lo que se puede llegar a ser.

La **autocomprensión** es una capacidad que se ejerce gracias a la facultad del autodistanciamiento, lo noológico puede tomar distancia de sí mismo y observarse para evaluar lo dado a la conciencia; la autocomprensión no es una simple distancia de sí, es un proceso más complejo que implica:

– Evaluar lo dado a la conciencia, no solamente observándolo de forma pasiva, también valorando lo visto.

– Generar conexiones entre los diferentes objetos intencionales, relacionar lo que aparece en la conciencia al distanciarse de si, generando mapas que brinden un orden coherente o un entendimiento de lo desintegrado.

– Describir lo que está en juego, seguir detalles en lo acontecido, describiendo la vivencia, sus conexiones y valoraciones.

– Aceptar lo captado, incluyendo la aceptación de lo inaceptable que puede ser lo dado a la conciencia; aceptar no es sólo reconocer lo que aparece, implica permitir la experiencia del fluir emocional involucrado. Aceptar no es resignarse, pues en la aceptación no se queda estancada la emoción.

La autocomprensión es una expresión auténtica de la espiritualidad humana y no una expresión de la psicopatología, pues si bien en muchos casos la hiperreflexión es común a varios trastornos, la misma no tiene que ver con la capacidad de autocomprensión. En la hiperreflexión el proceso de aceptar lo captado, no se da, la persona lucha y se esfuerza precisamente para no aceptar lo dado a la con-

ciencia, de tal forma que aunque algunas formas de psicopatología parecieran verse mucho a sí mismos (trastorno evitativo de la personalidad, fobias sociales, trastorno obsesivo-compulsivo… etc), no siempre es una autocomprensión, en el sentido real de lo noológico.

La **autorregulación** es la capacidad específicamente humana de distanciarse de sí para oponerse a su paralelismo psicofísico, es una capacidad que se da gracias a la facultad del autodistanciamiento y que se diferencia de la *"regulación"* psicológica, pues la misma se da en libertad y no de forma reactiva para preservar la identidad, como sucede en la dimensión psicológica; es decir, la autorregulación hace referencia a la apertura de lo espiritual para aceptar y tolerar el malestar psicofísico, sin dejarse dominar por el mismo, ni sentirse obligado a distensionarse. La dimensión psicológica es una dimensión cerrada cuya función es preservar la identidad de la persona, brindándole un orden lógico y coherente a través del cual lee la realidad, sin embargo, cuando este sistema protectivo se ha hecho rígido y se ha cristalizado, la persona espiritual no puede manifestarse, quedando atrapada y gobernada por la voluntad de placer que intenta distensionar hasta el mínimo movimiento emocional. La autorregulación implica:

– Aceptar el malestar psicofísico y la incertidumbre sin luchar ni huir, aumentando la tolerancia al malestar, sin entender por ello una tendencia masoquista o de búsqueda del sufrimiento.

– Oponerse si es preciso a los mandatos psicofísicos que buscan "regular" el malestar.

– Ejecutar –cuando amerite– conductas alternativas a la "regulación" de las necesidades psicofísicas.

La autorregulación es una expresión de la capacidad espiritual del autodistanciamiento, no es una represión, pues la misma se da de forma consciente, incluyendo la aceptación de aquello a lo que se opone, así como de las pérdidas que trae cualquier elección. Es diferente manejarse a sí mismo que reprimirse. La autorregulación es una expresión auténtica de la espiritualidad humana y no una expresión de la psicopatología pues si bien en muchos casos las personas parecen regularse bastante, la autorregulación no es lo mismo que la "regulación". El trastorno de la personalidad obsesiva parecería autorregularse bastante, sin embargo, sucede todo lo contrario, no es capaz de autorregular su exceso de "regulación"; realmente en la psicopatología no se da la autorregulación, la persona lucha o huye intentando "regular" el malestar que experimenta.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

La **autoproyección** es la capacidad de verse a sí mismo de otra manera, es la capacidad intencional de la espiritualidad humana de dirigirse en su reflexividad hacia sí mismo y concebirse –incluso atemporal y aespacialmente– de forma diferente. La autoproyección es el centro de la motivación para el cambio y la transformación, es la puesta en marcha de una voluntad de sentido que contempla:

– Elegir la versión de si mismo que se desea, sin fantasías evitativas, ni como una forma de voluntad de placer.

– Evaluar lo dado a la conciencia, observando lo que realmente implica dicha proyección, el precio del cambio y del esfuerzo.

– Generar conexiones entre lo deseado y los posibles obstáculos para lograrlo, las pérdidas a asumir por cambiar, así como las reacciones de lo externo ante las nuevas actitudes y formas de vida asumidas.

– Describir la vivencia futura, sus conexiones y valoraciones.

– Aceptar lo que puede darse y lo que no puede darse.

La autoproyección es una expresión de la capacidad espiritual del autodistanciamiento, no es una reacción maníaca, ni una fantasía psicológica en búsqueda de distensión. La autoproyección es una expresión auténtica de la espiritualidad humana y no una expresión de la psicopatología o un mecanismo de defensa.

Autotrascendencia

El segundo recurso noético es la autotrascendencia, la capacidad intencional de la conciencia para dirigirse hacia algo o alguien significativo, capacidad "que denota el hecho de que el ser humano siempre apunta, y está dirigido, hacia algo más que sí mismo, es decir a los significados de realización o a encontrarse con otros seres humanos a quienes amar" (Frankl, 1988). La autotrascendencia podría ser considerada como una de las piedras angulares de la logoterapia pues un aspecto importante de la misma deriva de la teoría motivacional de Frankl, es decir, la voluntad de sentido (Frankl, 1999), esta tensión entre el ser y el deber ser que permite encontrar un sentido en la vida. La autotrascendencia funda el campo de la noodinamia, pues "el conocimiento se basa en un campo de tensiones que se extiende entre el polo del objeto y el polo del sujeto como condición de su propia posibilidad. En este campo de tensiones se funda, en definitiva, toda noodinámica. (Frankl, 1994a)", posibilidad caracterizada por el "estar junto a" de la espiritualidad

humana, que no sólo radica en un conocimiento ontológico y no óntico; no solo es un estar presente en todo lo que se piensa –incluso atemporal y aespacialmente–, sino en la posibilidad de la intersubjetidad, es decir en la capacidad de "estar junto a otro ente de la misma clase", esta es su facultad original, su capacidad de hacer presencia en todo lo que toca.

La noodinamia es la dinámica tensional entre el hombre y el sentido oculto en el mundo, tensión en un terreno de libertad para cumplir o rechazar el sentido (Frankl, 1997); sin embargo, en el conocimiento, en la captación de la realidad no siempre el ser humano encuentra el sentido, muchas veces se queda en el significado, así es que no descubre un sentido sino que más bien lo atribuye, lo crea, frustrando así su existencia; circunstancia en donde a través del autodistanciamiento y la autotrascendencia se logra renovar esta noodinamia, pues es importante considerar que la autotrascendencia en su aspecto intencional se dirige a objetos intencionales, en donde la razón y el sentido son objetos de esta índole (Frankl, 1994b), pero vale aclarar que no son los únicos objetos, pues el ser humano siempre está orientado hacia algo y esto no quiere decir que todo lo captado selectivamente le dé sentido al ser humano, es decir, la conciencia intencional, la conciencia "de algo", es un componente de la autotrascendencia, pero la misma se refiere no sólo a la captación de un objeto intencional, sino a la noodinamia de lo espiritual, es decir, a la captación de objetos intencionales valorativos, valores y sentidos que cumplir, así como a otros objetos intencionales del mundo.

La autotrascendencia, en síntesis, deriva en capacidades que le permiten un funcionamiento pleno a la persona para amar, encontrarse con el otro, descubrir sentido y valores y en general captar selectivamente la realidad, por ello se puede decir que un efecto de la autotrascendencia es la capacidad de diferenciación, es decir de reconocer la mente del otro como legítimo otro y así poder encontrarse con otro ser humano o amar a alguien; así mismo, la autotrascendencia tiene efectos de afectación, pues lo que capta lo toca, le genera resonancia afectiva, es por ello que captar referentes intencionales de sentido lo afectan y le permiten donarse, entregarse, es decir le facilitan su capacidad de sacrificarse, servir, entregarse a una tarea, persona o misión altruista.

La **diferenciación** es un fruto de la autotrascendencia que le permite al ser humano encontrarse con otro ser humano, es decir, que le permite al ente espiritual "estar junto a" otro ente de la misma clase. La capacidad de diferenciación le permite a la persona no fundirse en el otro, generar vínculos auténticos, obtener soporte social y convivir de forma adecuada; la misma implica:

– Reconocer qué es lo propio y lo ajeno, qué características le pertenecen a la persona y cuáles son "prestadas", manteniendo límites interpersonales adecuados.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

– Respetar las emociones de los otros, sin personalizar ni sentirse atacado, permitiéndoles ser.

– Describir lo propio y lo personal.

– Mantenerse en la autenticidad sin permitir que el contexto lo absorba.

La **afectación** es ese impacto emocional que se produce cuando se "esta junto a" un valor o al sentido, es la capacidad de dejarse tocar por el valor o el sentido captado, de resonar afectivamente en su presencia, es la capacidad de vivir esa tensión entre el ser y el deber-ser, tensión y resonancia que es más fuerte cuanto más alto es el valor o el sentido que atrae. El ser humano no sólo se deja afectar por el sentido o por otro ser humano, la afectación invita a la acción, a la entrega, es decir a la realización del sentido, pues como dice el fundador de la logoterapia en su libro *Psicoterapia y existencialismo*:

> Me parece completamente obvio que la autoactualización es un efecto y que no puede ser objeto de la intención. Se refleja en este hecho la verdad antropológica fundamental de que la autotrascendencia es una de las características de la existencia humana. Sólo en la medida en que el hombre se aparta de sí mismo en cuanto deja de lado los intereses y la atención egoístas consigue un modo auténtico de existencia (2001).

Es decir, solo olvidándose, pero diferenciándose de el otro o lo otro (capacidad de diferenciación), captando el sentido y los valores, así como otros seres humanos a través del percibir afectivo que le toca, le llama, le atrae en un campo de tensión denominado noodinamia (capacidad de afectación), el ser humano se actualiza a sí mismo, sale de sí hacia algo que no es él mismo, captándolo y dejándose tocar para realizar el sentido (capacidad de entrega), consumando así su existencia auténtica.

Factores noéticos concretos

Los factores noéticos concretos, son la manifestación de los recursos noéticos a través de su organismo psicofísico, en manifestaciones dimensionales que varían dependiendo del grado de restricción o flexibilidad del organismo psicofísico, así como del nivel de despliegue de la dimensión noológica.

Dimensiones		
Impotencia	.....	Potencia
Apego de sí mismo	.....	Distancia de sí mismo
Sometimiento de sí mismo	.....	Dominio de sí mismo
Inmanencia	.....	Trascendencia
Indiferenciación	.....	Diferenciación
Regresión	.....	Proyección

La dimensionalidad del modelo parte de la menor expresión de los recursos noéticos al mayor nivel de manifestación, encontrando un degradé que varía en intensidad desde la restricción o bloqueo del recurso, hasta el despliegue del mismo. Los factores noéticos concretos son el juego múltiple de la dimensión noética a través de su organismo psicofísico; los factores están planteados de manera concreta en la vida de las personas a partir de la implicación de sus recursos, como se describe a continuación:

Factor	Recursos noéticos implicados	Definición
Impotencia/ Potencia noética	Todos	Nivel de expresión de las potencialidades personales.
Apego de sí mismo/ Distancia de sí mismo	Autocomprensión, autorregulación y autoproyección.	Nivel de distanciamiento personal del organismo psicofísico.
Sometimiento de sí mismo/ Dominio de sí mismo	Autocomprensión, autorregulación y diferenciación.	Nivel de gobernabilidad personal.
Inmanencia/ Trascendencia	Afectación, entrega y diferenciación.	Nivel de sensibilidad hacia el mundo y el sentido.
Indiferenciación/ Diferenciación	Diferenciación y autocomprensión.	Grado de distinción interna y externa entre los propios recursos y los de los demás.
Regresión/ Proyección	Autoproyección.	Nivel de prospectiva personal esperanzadora.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

2

Una mirada existencial a los trastornos de la personalidad

PERSONA Y PERSONALIDAD

Comprender el núcleo sano de la persona humana, implica diferenciar heurísticamente entre persona y personalidad. Algunas de las características de la persona humana han sido expuestas con anterioridad al hacer referencia a lo espiritual, no queriendo decir con ello que la persona sea sólo lo espiritual, aunque lo espiritual sea la dimensión específica de la persona. Frankl (1994d), en su conferencia *"10 tesis sobre la persona"* expone algunas características que solamente serán mencionadas en este espacio, remitiendo al lector preferiblemente al texto original:

- La persona es un individuo
- La persona no es solo un *in-dividuum*, sino también un *in-summabile*.
- Cada persona es absolutamente un ser nuevo.
- La persona es espiritual.
- La persona es existencial
- La persona es yoica.
- La persona no es sólo unidad y totalidad en sí misma, sino que la persona brinda unidad y totalidad.
- La persona es dinámica.
- El animal no es persona puesto que no es capaz de trascenderse y de enfrentarse a sí mismo.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

– La persona no se comprende a sí misma sino desde el punto de vista de la trascendencia.

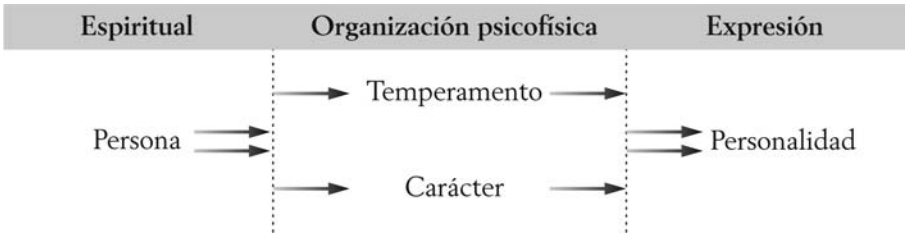
Frankl (1994a) llama persona a:

> ... aquello que puede comportarse libremente, en cualquier estado de cosas. La persona es aquella dimensión del hombre que es capaz de oponerse siempre, oponerse a cualquier posición: no sólo a una posición externa, sino también interna; pero la posición interna es exactamente eso que se llama disposición (así se denomina a veces el carácter).

De tal forma que la persona es dinámica, es facultativa y se expresa fenomenológicamente a través de su organismo psicofísico en aquello que llamamos personalidad.

> Esencialmente lo noético, lo espiritual, en la medida en que el hombre representa un ser, por cierto no sólo espiritual, pero si en su esencia y en la medida en que la dimensión espiritual para él es constitutiva, en cuanto que ésta representa la dimensión, ciertamente no la única, pero si la específica, de su existencia, sea que se considere lo espiritual en el hombre de manera fenomenológica como su personalidad o de manera antropológica como su existencialidad (Frankl, 1994c).

La persona es dinámica, pero la personalidad se va haciendo estática (Laengle, 1989), es decir, la personalidad es el reflejo de la persona a través del organismo psicofísico, de las membranas o capas del carácter y el temperamento; por ello, la persona tiene un carácter y un temperamento, pero la persona puede oponerse a ellos, allí radica su dinamismo; mientras que el carácter y el temperamento van haciéndose estáticos.



El temperamento esta más cerca de la esfera biológica (Oro, 1993) y de la herencia (Cloninger, 2007), en palabras de Millon (2001):

> El temperamento debe ser entendido como un potencial biológico o subyacente para la conducta, que se aprecia claramente en el estado de ánimo o emotividad predominante de las personas y en la intensidad de sus ciclos de actividad… Podemos

sostener que el temperamento es la suma de las influencias biológicas heredadas en la personalidad que aparecen de forma continua a lo largo de la vida.

Esta perspectiva de usar el término temperamento ha facilitado el asumir una base biológica para la personalidad (Livesley, 2001); sin embargo, los genes no pueden ser interpretados como la causa de los trastornos mentales, aunque si pueden considerarse parte de la vulnerabilidad para desarrollar alguna psicopatología (París, 2007). El tema de la heredabilidad de los trastornos de la personalidad es amplio, siendo interesante el modelo de Livesley (2001, 2003, 2009) que en investigaciones desarrolladas ha encontrado que las influencias genéticas dan cuenta del 52%, el 50%, el 50% y el 40% de la varianza total en desregulación emocional, comportamiento disocial, inhibición, y compulsividad respectivamente; de igual forma, el modelo de Cloninger (Livesley, 2001, Cloninger, 2007, Trull, 2005) que considera cuatro dimensiones heredables del temperamento: la evitación del daño, la búsqueda de novedades, la dependencia de la recompensa y la persistencia. En si, al parecer la herencia representa el 50% de la varianza y el medio ambiente el otro 50% (París, 2007), afirmación que parecería dejar de lado la libertad de la persona humana, que se impone por encima de los genes y del medio ambiente, pues a pesar de ello, bien dice Lukas (2000) "Las vidas de las personas con idénticas predisposiciones genéticas y sometidas a condiciones ambientales muy parecidas pueden tomar caminos completamente distintos…". Bien podría decirse que es precisamente gracias a la condición temperamental que la libertad humana puede expresarse, pues el temperamento es medianamente estable a lo largo de la vida e independiente del tratamiento, pero está modulado por rasgos del carácter que determinan el grado de madurez e integración de una persona (Cloninger, 2007).

El carácter tiene un tono más social, es decir se desarrolla conforme a lo interpersonal. "El carácter se refiere a las características adquiridas durante nuestro crecimiento y posee la connotación de un cierto grado de conformidad con las normas sociales." (Millon, 2001). Esta moldeado por las vivencias que marcan la biografía de la persona (Martínez, 2007) y tiene que ver más con el medio ambiente y la realidad captada que con los genes, aunque los mismos –en términos del temperamento– tienen que ver con la respuesta que el medio ambiente tiene con la persona, pues el proceso es dialógico y mi propia forma de ser repercute en la reacción que las demás personas tiene conmigo, generando un circuito que corrobora y facilita la construcción y mantenimiento de la identidad. El carácter se forma en la interacción, sin embargo, las experiencias que marcan la biografía no son determinantes de la psicopatología, pues tan solo una minoría de niños expuestos a abusos y traumatismos llegan a tener grandes secuelas. Lo que podría indicar que las experiencias adversas sólo causan problemas psicopatológicos cuando hay un temperamento que facilita la vulnerabilidad (París, 2007), aunque en justicia con el

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

ser humano, somos lo heredado y lo aprendido, pero también lo decidido (Acevedo, 2003), como bien dice Lukas (2000):

> El carácter (psíquico) es el "ser creado" que se corresponde con un tipo psicológico, una raza y una mentalidad, está predispuesto hereditariamente y formado por el medio. En cambio, la persona (espiritual) es una existencia que "hay que crear", que se enfrenta con su carácter, con sus predisposiciones y con su influenciabilidad.

Así es que más allá del temperamento y del medio ambiente, está la persona humana con su libertad, de tal manera que el temperamento y el carácter son como membranas porosas a través de las cuales se expresa la persona llegando a ser una personalidad; ahora bien, como persona que el ser humano es, tiene carácter y tiene temperamento, pero ante ello tiene libertad, se autoconfigura

> ... la persona que alguien es, dialogando con el carácter que tiene, adoptando una posición ante él, lo configura y se configura ella constantemente, y llega a ser una personalidad… Mientras configuro el destino, configuro la persona que soy, el carácter que tengo, y "se" configura la personalidad que llegó a ser" (Frankl, 1994a).

O como plantea Frankl (1994c) en su libro *Logoterapia y análisis existencial*: "El hombre se decide, toda decisión es autodecisión y la autodecisión en todos los casos es autoconfiguración. Mientras configuro el destino, la persona que soy configura el carácter que tengo, "se" configura la personalidad en la que me convierto".

Vale la pena introducir una reflexión acerca del carácter estático de la personalidad. En un texto anterior (Martínez, 2007) se explícito la naturaleza selectiva de la captación de la realidad, es decir la noodinamia que Frankl (2001) menciona al decir que "el conocimiento se funda, indispensablemente, en un campo de tensión polar entre lo objetivo y lo subjetivo, pues sólo partiendo de esta base puede establecerse la dinámica esencial del acto cognoscitivo." En dicha dinámica, va asentándose el temple y el carácter de la persona que se encausa en mayor o en menor medida en las elecciones que toma y en esas elecciones va configurándose la personalidad.

La captación de la realidad que la persona hace, en suma con lo que ha heredado y su postura ante lo mismo, constituyen la biografía que la persona escribe; es decir, dentro de las experiencias que hacen parte de la historia de un ser humano se dan vivencias que marcan la biografía. Las experiencias tienen ubicación espacio-temporal y no son significativas para la persona, mientras que las vivencias son experiencias con significación personal que no tienen ubicación espacio-temporal, en el sentido que se pueden revivenciar; dichas vivencias forjan el carácter que de la mano del temperamento van asentándose en la personalidad. Sin embargo, "Hechos y factores no son sino el material bruto de estos actos de construcción del sí mismo" (Frankl, 2001), por ello, pueden expresarse los aspectos dinámicos de la persona que se autoconfigura a sí misma.

Los rasgos de personalidad son una mezcla de temperamento y carácter que constituyen el organismo psicofísico de la persona, en una unidad en donde los genes influyen en la respuesta ambiental, pero al mismo tiempo el ambiente influye en la expresión de los genes; sin embargo, en los trastornos de la personalidad esta estructura psicofísica se ha hecho rígida impidiendo la expresión libre y auténtica de la persona, sin embargo, como dice Frankl (1992):

> De ningún modo queremos negar que lo psíquico y lo somático –o sea, no sólo lo psicógeno y lo somatógeno– forman una unidad íntima, la unidad psicosomática del ser humano. Pero no hay que olvidar que unidad no es idéntico a mismidad, como tampoco lo es a totalidad. Es decir, por muy unidos que estén en el hombre lo psíquico y lo somático, siempre se trata de dos modos del ser sustancialmente distintos, y lo único que éstos tienen de común es ser, precisamente, modalidades de un mismo ser.

A pesar de ello, su mutua influencia es notoria y por ello una enfermedad siempre es más o menos psicógena o somatógena, restringiendo al organismo psicofísico que filtra a la persona espiritual, de tal forma que puede darse una personalidad auténtica cuando el desarrollo psicofísico y de la personalidad traslucen a la persona que está detrás o viceversa, dándose una personalidad inauténtica en donde "el cuerpo del hombre «caído», sin embargo, es como un espejo roto y, por lo tanto, deformante" (Frankl, 1992) de la persona que no puede expresarse auténticamente a través de él. Esta personalidad desdibujada se debe a la restricción que ejerce un organismo psicofísico afectado, sobre las manifestaciones espirituales.

PERSONALIDAD AUTÉNTICA E INAUTÉNTICA

La autenticidad y la inautenticidad son atribuibles especialmente a Heidegger (1995); sin embargo, los conceptos han sido manejados de diferentes formas dentro del campo humanista-existencial (Spinelli, 2005), siendo también diferente la postura filosófica de la postura psicoterapéutica. La comprensión de la autenticidad y la inautenticidad como la concebía Heidegger, tiene que ver con la condición de posibilidad del ser humano en donde bien puede elegirse a sí mismo y conquistarse (autenticidad) o perderse y no conquistarse de modo alguno (inautenticidad). La inautenticidad heideggeriana se caracteriza especialmente por la incapacidad para alcanzar una verdadera apertura hacia el mundo y las cosas, permaneciendo en las opiniones de los demás, sin hacer nada propio, sin tener un verdadero proyecto, pues nada le pertenece y por lo tanto no asume ninguna responsabilidad, pues esta forma de existencia inauténtica le permite al ser humano renunciar a cualquier tipo de compromiso o involucramiento de "propiedad", así como cualquier responsabilidad que se le presente a su experiencia, siendo víctimas reactivas de la misma (Spinelli, 2005).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Vivimos generalmente en la inautenticidad (Martínez, 2008), pues desde que nace el Dasein se vive en estándares y explicaciones de una sociedad particular, convirtiéndonos en un "uno" público anónimo: "nos comportamos, hablamos y valoramos como "se" habla, se comporta y se valora" (Watts, 2001), es decir, desde la perspectiva de Heidegger, no nos vamos haciendo inauténticos, sino que primero somos dejados en lo social y luego nos vamos distanciando de él (Cooper, 2003). Para Heidegger (1995), la inautenticidad se caracteriza por la caída del Dasein en el mundo, fundiéndose con los otros y permaneciendo en la impropiedad de las habladurías (hablando de lo intrascendente constantemente), la búsqueda de novedades (con una curiosidad superficial buscando lo que esta de moda y dominado por los medios de comunicación) y la ambigüedad. Vivir en la inautenticidad no es para Heidegger un estado inadecuado o inmoral (Heidegger, 1995, Martínez, 2008, Spinelli, 2005, Cohn, 2002), pues dicha condición desempeña una función importante en lo cotidiano, ya que si todo el mundo desafía las formas convencionales de pensar y de vivir, interpretar la vida cotidiana con sus convenciones sería difícil (Watts, 2001).

En la inautenticidad existe una tendencia a desvincularse de aquellos aspectos humanos que son amenazadores, confusos, o incontrolables, una tendencia en donde la persona se dispersa en el "ellos" o en el "uno" de lo social, perdiendo lo que le es propio (Cohn, 2002). Cooper (2003), reflexionando sobre el tema, dice:

> ... los humanos tienden a intentar y a esconderse de la realidad de su existencia; pero, se discute, que se paga un alto precio por tal auto decepción. Para los filósofos como Heidegger (1926/1962) y Sartre (1943/1958), cuando negamos nuestra libertad y responsabilidad, también negamos nuestra posibilidad de escoger libremente nuestro propio futuro, y de actualizar nuestro mayor potencial de ser. En vez de desarrollar nuestras posibilidades únicas, nos bajamos de nivel: dispersos dentro de un mundo público que reduce todo a un promedio uniforme y débil.

Situación por la que debe comprenderse la postura heideggeriana como una descripción filosófica, pues como dice Spinelli (2005):

> El término de Heidegger no buscaba expresar la experiencia de un estado subjetivo del ser, y mucho menos sugerir que el ser auténtico era de alguna manera inherentemente superior, o más saludable, que el inauténtico. Heidegger tampoco propuso que la lucha por la autenticidad se relaciona de alguna forma con los estados psicológicos de balance, totalidad o congruencia. Su propuesta era una forma más precavida, incluso neutral, de reflejar una forma de ser que emerge cuando una persona esta "ahí" (se queda con, se compromete a, acoge a) con el "estar del ser" revelándose. Esta postura de "lo que es, es" no tiene nada que decirnos acerca de la salud, el crecimiento personal, o la mejoría de la persona. De hecho, no hay nada que sugiera la idea de convertir la autenticidad en un objetivo primordial o en algo por lo que debamos luchar.

Desde Heidegger, no se puede entender la autenticidad como genuinidad y la inautenticidad como falsedad (Cohn, 2002). Ahora bien, en el campo de la psicoterapia, el asunto es a otro precio, pues el objetivo si tiene que ver con el balance, la mejoría, la estabilización u otras características asociadas al bienestar psicológico. En este sentido, la psicología humanista ha alterado el concepto inicial heideggeriano, pues se centra más en una postura psicoterapéutica que en una posición descriptiva filosófica, en donde la "inautenticidad" se comprende como un estado de "incongruencia" del yo, asumiendo que es mejor la autenticidad que la inautenticidad. No quiere decir esto, que para los psicoterapeutas inspirados en las posturas heideggerianas, la autenticidad no sea algo importante, pues como dice Cohn (2003):

> El rechazo de Heidegger de abogar por una lucha para una mayor autenticidad, y de verla como un estado más avanzado del ser al cual aspiraríamos, no significa que no la tiene en cuenta como una posibilidad importante: La valora como una capacidad humana fundamental. Pero se rehúsa a ver la ausencia de ésta, teológicamente como un estado de pecado, o médicamente como un estado de enfermedad. "La autenticidad", el enfrentar el ser tal y como es, es una de las dimensiones existenciales a las cuales respondemos de una forma o de otra, y más adelante dice "La inautenticidad no necesariamente lleva al sufrimiento. Pero puede hacerlo. Y en este caso existe un lugar para esto en la terapia existencial".

La "autenticidad" en Heidegger es tomada en sentido literal con la etimología del término "*eigentlich*", en donde la raíz "*eigen*" significa "propio", es decir, autenticidad no significa "genuinidad" en términos heideggerianos, más bien significa "propiedad", lo propio, lo mío; se refiere a un "estar abierto" y apropiarse de lo que esta ahí, se trata de una capacidad para abrazar al ser tal como esta en el presente, abierto a la experiencia de existir (Martínez, 2008, Spinelli, 2005, Cohn, 2002), como dice Vattimo (2000) "auténtico es el Dasein que se apropia de si, es decir, que se proyecta sobre su posibilidad mas suya". La autenticidad es un modo de existencia en el que se es consciente de lo propio y de las posibilidades del ser, eligiendo así la propia vida; la autenticidad significa ser la propia persona y hacer las propias cosas, siendo consciente de la existencia y de sus posibilidades finitas en relación con el futuro (Watts, 2001). En si, la autenticidad es una capacidad, una potencialidad del ser de estar abierto a su propio ser, confrontándose con él mismo tal como es (Cohn, 2002). La autenticidad es apropiarse de las cosas, vincularse, comprometerse, vincularse en una relación como expresión de esta posibilidad de estar abierto al mundo; apropiarse de algo significa incluirlo dentro del propio proyecto existencial (Vattimo, 2000), haciéndose responsable de lo apropiado.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

De la inautenticidad a la autenticidad

El ser humano esta "listo para la angustia" que ayuda a reconocer la totalidad del ser, pues la posibilidad de no-ser, hace responsable al ser humano de su propia vida, conduciéndolo a lo que Heidegger denomina Sorge, es decir "cuidado". Cuidar la propia existencia. Como bien dice Cooper (2003) "Conocer que nuestra existencia puede terminarse en cualquier momento también significa que no podremos continuar aplazando nuestras elecciones y proyectos. Significa que debemos continuar con la vida."

Las experiencias de angustia impiden el descuido del ser, conduciendo a la persona a un estado de mayor conciencia (Martínez, 2008). Para Heidegger la angustia es un evento potencialmente iluminador y evaluador de la existencia (Watts, 2001), sin embargo, es precisamente la evitación de la angustia la que genera la inautenticidad. La angustia existe, se da y es común y necesaria. Desde un modo de ser auténtico

> ... nuestra existencia se revela como inevitablemente incierta, no fija en significado, y finita. Es probable que esta conciencia sea demasiado preocupante, insoportable y aterradora. Podemos comenzar a ver que para adoptar un modo de ser auténtico debemos acoger de forma inevitable una existencia provocadora de ansiedad. Nuestra relación con esta básica, cruda, ansiedad, o angustia existencial, como típicamente es llamada en la literatura de la fenomenología existencial, es una vez más a través de los modos de autenticidad e inautenticidad" (Spinelli, 2005).

Nuestro modo de ser nunca estará desprovisto de angustia y es precisamente el estado de autenticidad el que permite enfrentarla, mas no eliminarla de por vida, y es la angustia, al mismo tiempo, la que le permite a la persona transitar de la inautenticidad a la autenticidad. Estos cambios en Heidegger no son permanentes, la existencia no se hace auténtica de forma permanente (Spinelli, 2005), se reconocen o es preferible hablar de momentos de autenticidad o procesos de autenticidad e inautenticidad (Martínez, 2008), sin embargo, una cosa es el concepto de existencia auténtica o inauténtica desde la perspectiva heideggeriana y otras cosa es el mismo concepto desde una perspectiva psicoterapéutica; en la psicoterapia centrada en el sentido se introduce el concepto de personalidad auténtica e inauténtica, comprendiendo en parte la postura heideggeriana, pero contemplando y dejando en claro que se trata de un discurso psicoterapéutico, de inspiración existencial y enfáticamente frankliano.

La expresión de la persona a través de su organismo psicofísico: autenticidad e inautenticidad

En un punto anterior se expuso lo que se entiende por persona y por personalidad, comprendiendo la existencialidad como la expresión antropológica de la persona y la personalidad como su expresión fenomenológica (Frankl, 1994c, Martínez, 2007). La personalidad es el reflejo de la persona a través del organismo psicofísico, de sus membranas porosas o capas del carácter y el temperamento; sin embargo, la persona esta supeditada a su organismo de expresión y manifestación, es decir a su organismo psicofísico, estando el mismo abierto o cerrado de manera flexible o rígida, construyendo un órgano de expresión que puede facilitar o impedir en mayor o menor medida la expresión de la persona espiritual. Cuando la persona instrumentaliza un organismo psicofísico flexible, transparente o poroso, la expresión fenomenológica de la persona a través de dichas membranas es la de una "personalidad auténtica", es decir, la persona puede hacer suyo el organismo psicofísico, se apropia del mismo instrumentalizándolo como su organismo de expresión y manifestación, y abriéndolo al mundo para dejarse tocar por él, asumiendo la libertad de poder ser una posibilidad y la responsabilidad de ser el mismo. La personalidad auténtica aparece ante la conciencia de si (autoconciencia) y la conciencia del terapeuta como una expresión fiel de la persona espiritual a través de la instrumentalización del organismo constituido por el carácter y el temperamento; una personalidad auténtica refleja a la persona que hace suya las dimensiones del ser, expresándose como dueño de si mismo y manifestando sus recursos noéticos en factores noéticos concretos de manera plena, como dice Lersh (1971):

> Desde el punto de vista de la autenticidad logramos con esto una imagen del hombre cuya esencia queda alcanzada cuando la apariencia exterior de su manifestación externa corresponde a su substancia interior, o sea cuando el interior y el exterior se entretejen como en el proceso de crecimiento orgánico. Esto ilumina el sentido de la frase que dice que lo inauténtico no es natural. En la naturaleza orgánica es auténtico todo lo que en el exterior es determinado desde el interior por la substancia. Por eso tiene un significado profundo el decir que lo auténtico es lo natural. Y más adelante comenta "El hombre es el único ser vivo que tiene la facultad típica de anticiparse a si mismo, es decir, de aspirar a algo que está más allá del *statu quo* de su existencia en el aquí y el ahora, siguiendo el sentido de la máxima "conviértete en el que eres".

Es decir, una personalidad auténtica hace real la existencia de la persona, desplegando todos sus recursos, con la huella única y propia de su expresión particular.

Una personalidad auténtica es la actualización de lo espiritual, de la potencia pura en una manifestación concreta que llamamos personalidad, el desarrollo existencial más importante es el de llegar a ser, pues la existencia nunca es estática,

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

como dicen (Hall y Lindzey) "La meta es llegar a ser completamente humano, es decir, realizar todas las potencialidades del Dasein". Si bien para Heidegger el problema de la autenticidad y de la inautenticidad puede tener poco o nada que ver con el objetivo de, con el estar bloqueados de, con el empoderamiento personal, con "una mejor vida" o con la auto actualización (Spinelli, 2005), cuando se habla de una personalidad auténtica, en el sentido de la psicoterapia centrada en el sentido, la autenticidad hace referencia a la permeabilidad, la apertura, el empoderamiento y la autoactualización, considerando la personalidad inauténtica como una personalidad restringida.

Espiritual	Organización psicofísica	Expresión
PERSONA **Potencialidad** **Espiritualidad** **Recursos noológicos** Autodistanciamiento (Autocomprensión, Autorregulación y Autoproyección) Autotrascendencia (Diferenciación, Afectación y entrega)	**TEMPERAMENTO** **CARÁCTER**	**PERSONALIDAD AUTÉNTICA** **Factores noéticos concretos** Distancia de si Dominio de si Trascendencia Diferenciación Proyección

La personalidad inauténtica es la expresión de la persona que no ha podido hacer suyo al organismo psicofísico, pues el mismo se ha hecho rígido, poco flexible y con baja permeabilidad; la expresión fenomenológica de la persona a través de dichas membranas es la de una "personalidad inauténtica", es decir, la persona no se apropia de si y por lo tanto no puede instrumentalizar su organismo de expresión y manifestación, permaneciendo cerrado al mundo, sin poder asumir la libertad y la responsabilidad de ser el mismo. La personalidad inauténtica no aparece ante la conciencia de si (autoconciencia) y la conciencia del terapeuta es la de una imagen deformada de lo que la persona en su esencia es; una personalidad inauténtica se hace invisible e impotente, invisible porque no puede verse a si misma ni refleja lo que la persona es, e impotente porque no puede hacer suyo lo propio, no se puede expresar como dueña de si, ni manifestar sus recursos noéticos. Una personalidad inauténtica no puede hacer real la existencia de la persona.

Una personalidad inauténtica, en el sentido de la psicoterapia centrada en el sentido, hace referencia a la impermeabilidad y el cierre de la persona ante si mismo y ante el mundo, se encuentra restringida o bloqueada en su manifestación, intentando preservarse de manera estática y rígida, al intentar distensionar la an-

gustia de la vida que exige una dialéctica relación entre el adentro y el afuera. Al estar cerrado, se sobrecarga y expresa síntomas, se extravía, se desconoce, como dice Dorr (1995):

> Mientras el animal tiene sólo un mundo, con el que sus instintos están en un juego armónico, el hombre puede proyectar muchos mundos, y ante la misma encina, ser cazador, botánico, campesino, o paseante enamorado. En estas posibilidades indefinidas se encierra el peligro del fracaso, del extravío, de la caída, de perderse a sí mismo, pero también toda la riqueza del ser-ahí. El extravío puede estar en el elegir mal, pero también en el no asumir, en el omitir posibilidades esenciales de ser.

La personalidad inauténtica se omite a si mismo, no puede enfrentar la angustia que lo conduce a la autenticidad y el no-ser se apodera del ser; la personalidad inauténtica sufre de la frustración existencial, pues la persona no puede salir de sí, ni enfrentarse a si misma, permanece encerrada, impotente e invisible. Una personalidad inauténtica puede verse en diferentes modos de ser, manifestados fenomenológicamente en lo que hoy se denomina: trastornos de la personalidad.

Livesley (2003), describe esta experiencia de la siguiente forma:

> Algunas veces tales individuos se describen como "fraudes", "falsos", o "achadas", términos que reflejan la falta de autenticidad que ocurre en una forma severa de patología del yo. La naturaleza fluida de la experiencia del yo, límites del yo permeables, y la falta de autenticidad se combinan para crear un estado profundo de ansiedad acerca de si uno realmente existe y dudas acerca de quien es realmente uno. Por ejemplo, la vida es una continua lucha existencial para definirse a uno mismo: una continua batalla en contra de los sentimientos de que uno no existe. Para algunos, esto lleva a un miedo de que pensar de manera profunda acerca del ser los lleve a descubrir que "realmente no hay nada". Estos miedos se experimentan usualmente como un sentido de vacío y de hueco que lleva a las personas a buscar desesperadamente como llenarlo aferrándose a otras personas, como si la relación pudiera llenar el vacío; usando medicamentos, drogas, y alcohol; comiendo en exceso, o incluso haciéndose daño a ellos mismos.

La personalidad inauténtica necesita de estrategias de primer y segundo nivel para sobrevivir, pues sus vidas suelen definirse más por lo que quieren evitar que por lo que quieren alcanzar, su existencia y su proyecto se frustran, pues viven más huyendo por la vida que persiguiendo fines y metas; sus metas son empujadas por sus problemas psicológicos y no atraídas por el sentido y los valores.

En la personalidad inauténtica, la persona profunda, la potencia pura, la espiritualidad, permanece intacta pero no se puede expresar ni desplegar, le es ajeno su organismo psicofísico, pero aún conserva su capacidad de cambio pues la persona espiritual se encuentra intacta.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Espiritual	Organización psicofísica	Expresión
PERSONA **Potencialidad,** **Espiritualidad** **Recursos noológicos** Autodistanciamiento (Autocomprensión, Autorregulación y Autoproyección) Autotrascendencia (Diferenciación, Afectación y entrega)	**TEMPERAMENTO** **CARÁCTER**	**PERSONALIDAD** **INAUTÉNTICA** **Factores noéticos concretos** Apego de si sometimiento de si Inmanencia Indiferenciación Regresión

Una personalidad auténtica o inauténtica no tiene que ver con sinceridad o insinceridad, tiene que ver más con hacerse dueño de si, con apropiarse y expresarse de esta manera a través de su organismo psicofísico; sin embargo, es posible que la restricción que vive la persona con una personalidad inauténtica le haga difícil hacer suyo su mundo emocional, razón por la que actúa sus sentimientos, los expresa desproporcionadamente o simplemente no los puede identificar, como dice Lersh (1971):

> Si la restablecemos en su sentido antiguo, podemos decir que el hombre con sentimientos inauténticos no puede "esenciar" la que querría aparentar y representar. Puesto que al sentimiento inauténtico le faltan los signos aparentes del contenido sustancial lo llamamos también hueco, vacío.

Lo mismo podemos decir del pensamiento del que no puede apropiarse la persona, se convierte en habladurías sin contenido real, pues un pensamiento es auténtico cuando se esta dispuesto a hacerse responsable del mismo, situación que no suele suceder en los trastornos de la personalidad. El pensamiento inauténtico se caracteriza por la defensa constante, por el ganar por ganar, la contradicción, el opinar por opinar, la ausencia de responsabilidad por lo que se dice, la desconexión con lo íntimo y lo emocional, así como con el sentido vital.

Si bien, la inautenticidad no implica debilidad moral o falta de voluntad, las personalidades inauténticas, no toman decisiones desde su intimidad, pues

> ... lo que hace inauténtica a la voluntad es que el hombre no se haya decidido "en lo más íntimo" por su meta, no se ha identificado con ella. Una voluntad es auténtica cuando un individuo se decide por una meta con toda su existencia, con el fondo de su alma. Se ve este aferrarse a la decisión en que precisamente en las situaciones en que peligra la meta planteada aumenta la intensidad volitiva hasta el último límite de la fuerza de voluntad disponible. Hay casos en los que puede decirse a un individuo:

> "en el fondo" nada quieres, pero te imaginas querer algo y te engañas a ti mismo. O sea, que sólo podemos hablar de autenticidad o inautenticidad de la voluntad cuando ésta precisamente mediante la actitud de la decisión se relaciona de un modo integrativo con la intimidad del fondo endotímico (Lersh, 1971).

LA RESTRICCIÓN DE LA PERSONA: LOS MODOS DE SER INAUTÉNTICOS

En algunos ambientes del humanismo se tiene cierta reticencia a hablar de psicopatología o de los procesos del enfermar humano, cayendo en un idealismo rosa bastante distante del ser humano y más bien intentando proponer una visión de ángel y no de persona humana. Si bien, ya se ha expuesto ampliamente que la dimensión espiritual no enferma, es el momento de hacer justicia y expresar que aunque no enferma, si pueden restringirse sus manifestaciones.

Vulnerabilidad y restricción de lo noético

La vulnerabilidad es la restricción del ser como posibilidad, la baja o poca permeabilidad de la persona frente a lo que ha hecho de sí misma, la disminución de su responsividad, en sí, la restricción de lo noético. Ahora bien, las concepciones tradicionales de la vulnerabilidad que no consideran un núcleo sano ni dimensiones de libertad y responsabilidad, parten de una visión antropológica en donde el ser humano es una víctima de hechos y factores que son sólo el material bruto, pero nunca la pandeterminación de la persona.

Durante los últimos años algunas psicoterapias contemporáneas –especialmente la psicoterapia metacognitiva y la constructivista– han hecho grandes aportes para una concepción de la vulnerabilidad mucho más cercana a la postura logoterapéutica, que si bien data de hace varias décadas, su poca difusión a impedido el reconocimiento que debería tener. En esta línea algunos autores contemporáneos han empezado a decir:

> En particular, ni los factores genéticos, ni las influencias sociales particulares, ni los procesos intrapsíquicos que se produzcan en las primeras etapas de la vida *per se* son considerados como determinantes necesarios y suficientes de las manifestaciones psicopatológicas que ocurran posteriormente en la vida (Perris, 2004).

Expresando una dimensión de libertad y responsabilidad como la de otros autores de la misma línea. (Semerari, 2002a, 2002b).

Hablar de psicopatología no implica hacer de lado la visión antropológica existencial y mucho menos negar la libertad humana, más bien, hablar de las restricciones permite comprender la manera como esta libertad puede llegar a hacerse real y expresarse de manera concreta, pues como dice Romero (2004):

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

> El drama de la vida no consiste tanto en estar determinado por los más diversos factores y programaciones inscritas en la propia estructura de la persona. El drama emerge entre estos determinismos que nos comprimen y el carácter abierto, indeterminado y libre de la existencia. De la oscilación entre estos dos polos surge el drama humano.

Drama que no es causal, pues en lo psicopatológico no se puede afirmar de manera tajante las relaciones causa-efecto, una cosa es llorar porque se pica cebolla y otra muy distinta por la muerte de un ser querido, una cosa es una puerta que es cerrada por el viento y otra muy diferente una puerta que es ajustada por una persona; para la psicología existencial, la conducta no es el resultado o el efecto de, pues ante todo la persona tiene libertad y es el único responsable de su existencia (Hall, C. Lindzey, G., 1970) y aunque en las personalidades trastornadas la persona libre se ha hecho invisible e impotente, la forzosidad de sus manifestaciones nunca es total, pues siempre se conserva un grado importante de libertad (Dorr, 1995).

Por ello, la personalidad es lo heredado, lo heredado y lo aprendido, y lo decidido (Acevedo, 2003) y es en dicha autoconfiguración en donde lo psicofísico puede quedar afectado impidiendo en menor o en mayor medida las manifestaciones espirituales, haciendo más vulnerable al ser humano para iniciar y mantenerse en un proceso del enfermar humano. Los recursos noéticos están intactos, pero las posibilidades de manifestación están restringidas, el núcleo sano esta en potencia, pero las manifestaciones saludables están disminuidas. En palabras de Frankl (1994c):

> El espíritu humano es limitado, no menos pero tampoco más. El cuerpo no origina nada; el sólo limita; pero esta limitación del espíritu humano consiste, no en último lugar, en la dependencia del espíritu humano de su cuerpo…En la supeditación del espíritu humano a la integridad de la función instrumental y expresiva de su organismo psicofísico. Esta doble acción donde se basa toda la capacidad de acción o de expresión de la persona espiritual, se puede perturbar; pero no por esto se puede destruir la persona espiritual…

En dicha restricción, la persona espiritual es impotente e invisible, impotente ante su organismo pues no puede instrumentalizarlo e invisible porque no puede expresarse a través del organismo afectado, pero esa invisibilidad de lo espiritual, es precisamente el credo psiquiátrico del que nos habla Frankl (1994a):

> La enfermedad psicofísica puede perturbar, más no destruir, a la persona. Lo que la enfermedad puede destruir es el organismo psicofísico. Este organismo constituye el campo de acción y el campo de expresión de la persona. El desarreglo del organismo significa, en consecuencia, nada menos, pero nada más, que un bloqueo del acceso a la persona. Y este podía ser nuestro credo psiquiátrico: la fe inquebrantable en el espíritu personal, la fe ciega en la persona invisible, pero indestructible. Y si yo, señoras y señores, no tuviera esta fe, preferiría no ser médico.

La vulnerabilidad es un estado de incongruencia entre lo que humanamente es la persona y lo que su organismo psicofísico le permite manifestar, motivo por el cual, la vulnerabilidad es un degradé y no una totalidad, pues a pesar de los condicionamientos implantados en lo psicofísico, el ser humano pocas veces queda preso de esta red, pues siempre mantiene alguna abertura para construir su vida (Romero, 2004); lo psicopatológico implica una limitación a la libertad de la persona y su proyecto, generándole un sinnúmero de sufrimientos o en el caso de los trastornos egosintónicos, el malogro de su proyecto personal.

La restricción de la persona es un proceso de configuración vivencial en donde la total estructura del ser en el mundo se ha modificado (Binswanger, 1973) a través de una serie de experiencias con significado personal, que marcan a la persona haciendo rígido su organismo psicofísico. Las vivencias o experiencias con significación personal construyen la biografía de la persona, la vida vivida de la misma que en su interrelación con el mundo confirma o desconfirma este proceso vivencial, atenuándolo a haciéndolo cada vez más rígido e inflexible, convirtiéndose en una forma de cristalización que llamamos restricciones y que se expresan como mandatos afectivos que Romero (2004) suele llamar criptogramas de la memoria afectiva del individuo. En resumen, la importancia de las restricciones tienen que ver con lo que Dorr (1995) resalta al decir:

> ... el análisis existencial descubre modificaciones específicas en la estructura *a priori* del Dasein como ser-en-el-mundo, las que serían la condición de posibilidad de las llamadas entidades clínicas en psiquiatría, y junto con el paciente, en una relación bipersonal con los caracteres del encuentro, profundiza en su historia vital a la búsqueda de aquellos momentos críticos, donde el paciente, como respectivo ser-en-el-mundo, se extravió, olvidó una región de sí mismo, no asumió una tarea que se le imponía como destino, por diversas circunstancias se estrechó en torno a un único proyecto de mundo, o empezó a vivir en alternativas rígidas cada vez más irreconciliables, etc., para reconquistar desde ese momento histórico el sentido profundo de su existencia como un poder-ser cada vez más sí-mismo en el tiempo.

La restricción noética puede darse de dos maneras:

1. Por escasa maduración psicofísica que no alcanza el nivel adecuado para la expresión de lo espiritual (Retraso mental, enfermedades que impiden el desarrollo…), o

2. Por afección del organismo psicofísico que restringe o impide la instrumentalización del mismo por la persona espiritual. (Desarrollo de trastornos de personalidad, trastornos afectivos y de ansiedad, condiciones de preponderancia biológica…).

En el primer caso, la escasa maduración del organismo psicofísico impide la manifestación y desarrollo de la persona espiritual que se encuentra invisible tras ese

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

organismo afectado, teniendo niveles de restricción elevados y relacionándose preponderantemente –más no exclusivamente– con lo biológico. En el segundo caso hay una mayor participación, pues la vulnerabilidad no depende de lo que sucede en la realidad externa sino de lo que la persona hace suyo:

> ... el que un trama anímico, o sea una experiencia grave, tenga sobre un individuo un efecto traumatizante y a la larga perjudicial no depende de la vivencia que tuvo que experimentar sino del sujeto mismo y de toda la estructura de su carácter… De modo que vivencias de la misma naturaleza y de la misma gravedad a un grupo les había perjudicado anímicamente y al otro, no; luego no puede depender de la experiencia, o del medio ambiente, sino del mismo sujeto y de su actitud frente a lo que tuvo que experimentar (Frankl, 1992).

La restricción de lo espiritual es ampliamente citada en la literatura logoterapéutica (Frankl, 1992, 1994a, 1994c, 1999), constituyendo esta visión el marco general de la fe terapéutica y del sentido de ejercer la psicoterapia, así como la guía que facilita el trabajo clínico de manera acertada. Por ello, vale la pena exponer algunos de los efectos de la restricción de lo espiritual que deben manejarse en un proceso logoterapéutico.

Las restricciones de lo espiritual pueden ser preponderantemente somatógenas o preponderantemente psicológicas, ya que no existe nada exclusivamente biológico o exclusivamente psicológico, de tal forma que una persona puede estar restringida espiritualmente por una depresión preponderantemente biológica o una persona puede estar restringida espiritualmente por un trastorno de personalidad preponderantemente psicológico. De igual forma, la restricción espiritual de preponderancia biológica no implica una sintomatología biológica, pues alguien puede tener una preponderancia etiológica de tipo biológico y tener síntomas psicológicos (p. ej. Depresión endógena) y viceversa, tener restricciones de preponderancia psicológica con síntomas físicos (trastorno histriónico de personalidad). "Una enfermedad, por lo tanto, es siempre solamente más o menos psicógena o más o menos somatógena." (Frankl, 1992). Ahora bien, independiente de la preponderancia etiológica, la restricción de los recursos espirituales es la misma, variando en el nivel de restricción de manera proporcional al grado de afección del organismo psicofísico, es decir, los problemas mentales son psicopatologías de la libertad.

En el caso de los trastornos de la personalidad, las afecciones implantadas en el organismo psicofísico, hacen rígida a la persona, dejándola con baja capacidad de adaptación ante las condiciones estresantes que desatan problemas psicopatológicos, como dice Millon (2001):

> La mayoría de las personas dispone de variadas y flexibles estrategias de afrontamiento. Cuando una determinada conducta o estrategia no funciona, las personas normales cambian y pasan a utilizar otra. Sin embargo, las personas con un trastorno de la personalidad tienden a utilizar las mismas estrategias una y otra vez, con

variaciones mínimas. El resultado es que siempre acaban empeorando las cosas. En consecuencia, el nivel de estrés se incrementa, amplifica su vulnerabilidad, provoca situaciones críticas y produce percepciones de la realidad social cada vez más distorsionadas.

Y se mantiene el patrón rígido de verse a si mismo, a los demás y al mundo, que caracteriza un estilo inflexible de captar la realidad (Skodol, 2007, Beck, 2005, Millon, 2001).

Restricción de los recursos noéticos	
Autodistanciamiento	**Autotrascendencia**
Arraigo intrapsíquico que impide verse a si mismo en situación.	Hiperreflexión que impide salir de si mismo.
Dificultad para monitorear los propios procesos emotivos y cognitivos.	Baja percepción valorativa y de sentido.
Dificultad para regular los propios procesos emotivos y cognitivos.	Predominancia perceptiva de valores útiles, sensibles y vitales.
Déficit de la capacidad para dialogar, tomar distancia u oponerse a los mandatos de lo psicofísico.	Déficit del reconocimiento de la mente del otro con independencia de la mente propia.
Estrechez del campo fenoménico.	Poca resonancia afectiva, excepto en términos de bien-estar y no de bien-ser.
Predominancia de la actividad y pasividad incorrecta.	Dificultad de expresión y manifestación amorosa en términos de amor genuino.
Dificultad para ver otras opciones de si mismo.	Predominancia de la actividad y pasividad incorrecta.
Alta identificación con el síntoma.	Poca flexibilidad del campo fenoménico.
En ocasiones pueden desarrollarse niveles de automonitoreo, pero no de autorregulación.	Predominancia del amor sexual y erótico.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

La restricción impuesta por los genes

Existen muchos estudios en gemelos de la función de la personalidad en las personas, resaltándose que en los mismos se encuentra que entre el 10% y el 50% de la varianza fenotípica total se debe a factores genéticos y que lo que resta de la varianza se debe a factores ambientales (Jang y Vernon, 2001). La heredabilidad es usualmente del 40 al 60% y la influencia del ambiente del 50% (Livesley, 2003), afirmaciones que parecerían dejar por fuera la libertad humana, sin embargo, estos planteamientos tan solo pueden hablar de las restricciones ante las que la libertad se ejerce, pues dichos estudios se centran en la dimensión biológica y algunos en la psicológica, reflejando resultados que conducen a una ontología no dimensional, sino de planos específicos de la persona humana, no haciendo referencia así, a la persona humana en su totalidad.

Las investigaciones existentes han tendido más a evaluar la heredabilidad de ciertos rasgos de personalidad como el antisocial y el límite; sin embargo, en términos de la investigación psicopatológica vale la pena resaltar los resultados del DAPP, en donde la heredabilidad de los cuatro patrones del trastorno de personalidad es: 1) desregulación emocional; 47%, 2) comportamiento disocial, 50%; 3) inhibición, 48% y; 4) compulsividad, 38%. (Livesley, 2003, Jang y Vernon, 2001), generando gran influencia en el pensamiento psicopatológico actual, modelo en el que se profundiza en este mismo capítulo. Las predisposiciones genéticas que probablemente generan restricción durante el desarrollo de la persona, continúan ejerciendo influencia durante la vida, pero la persona no es solo sus genes, también es su interacción con el medio ambiente y sus decisiones; sin embargo, la influencia genética o el temperamento tiene relación con la respuesta que el medio ambiente ejerce sobre la persona, pues el mismo responde a la manera como se interactúa con él, y aunque el ambiente juega un rol activo en el mantenimiento de los patrones de comportamiento, las personas no son simples participantes pasivos u observadores de los eventos ambientales.

La restricción impuesta por el medio ambiente

Casi todas las teorías se centran en lo que podría llamarse "la primacía de las experiencias tempranas", en donde se le atribuye una influencia determinante para el desarrollo psicopatológico a aquellos factores que se presentaron en edades tempranas, sin embargo, esta afirmación tiene una base empírica débil, pues un cuerpo amplio y robusto de investigación, muestra que las experiencias negativas durante la infancia no conllevan necesariamente a problemas psicopatológicos en la vida adulta (París, 2001). De lo que puede hablarse es de factores que aumentan la vulnerabilidad, más no eliminan la libertad de la persona y su posibilidad de construir una historia saludable; en línea con lo que plantea Livesley (2003) frente a los trastornos de la personalidad, ningún factor psicológico o biológico es por si solo sufi-

ciente para causar un trastorno de la personalidad, siendo más aproximado plantear que se requiere del efecto acumulativo de múltiples factores y vulnerabilidad ante los mismos, como dice París (2001) "La mayoría de la gente que fue expuesta a un riesgo particular no desarrolla ningún trastorno, mientras que las personas que desarrollan algún trastorno pudieron haber estado expuestas a riesgos diferentes". De esta forma, la psicopatología surge cuando los estresores golpean la vulnerabilidad que la persona específica tiene, de tal forma, que un grupo particular de factores de riesgo puede terminar desarrollando un amplio rango de problemas mentales diferentes, razón por la cual, la causalidad queda en entredicho y al mismo tiempo en duda, pues si bien hay relaciones estadísticamente significativas entre la exposición al riesgo y los problemas mentales, la mayoría de dichos estudios son retrospectivos; con este argumento no se puede negar la incidencia de ciertas adversidades en el desarrollo de vulnerabilidades específicas que pueden llegar a convertirse en trastornos de la personalidad.

Los principales factores de riesgo que han sido identificados son las familias disfuncionales, las experiencias traumáticas y los estresores sociales (París, 2001). En cuanto a las familias disfuncionales se encuentra la presencia de familiares con trastornos psiquiátricos (Livesley, 2003), especialmente el trastorno antisocial (comportamiento parental antisocial) y el límite (negligencia emocional y sobreprotección parental), incluyendo en los trastornos de personalidad esquizoide y esquizotípico la presencia de familiares esquizofrénicos, y en los trastornos de personalidad evitativo, dependiente y compulsivo, familiares con trastornos de ansiedad (París, 1996), por esta misma línea, se encuentran las rupturas familiares y las prácticas parentales, especialmente la negligencia en los trastornos impulsivos y la sobreprotección en los trastornos dependientes y evitativos.

En cuanto a las experiencias traumáticas, se sugiere la presencia de abuso sexual, físico y emocional en la infancia (Johnson, Bromley y McGeoch, 2007), encontrando altas tasas de relación entre abuso sexual y trastorno límite de la personalidad, así como abuso físico y trastorno antisocial de la personalidad (París, 2001, Livesley, 2003). A pesar de ello, vale la pena citar la conclusión de París (2007), pues los estudios sobre los efectos del abuso sexual y físico infantil...

> han mostrado que tan solo una minoría de los niños expuestos a abusos y a traumatismos llegan a presentar unas secuelas observables. Una explicación podía ser que las experiencias adversas de la vida causan psicopatología sólo en presencia de algunos rasgos de personalidad específicos asociados a vulnerabilidad temperamental.

Sin querer decir con ello, que las evidencias no sean fuertes en torno a lo nefasto de dichas experiencias. Otro de los elementos resaltados, tiene que ver con la invalidación y sus consecuencias, bien sea por la no aceptación de los sentimientos, pensamientos y conductas, o por la descalificación directa de los mismos, así como por la dificultad para validar y permitir la construcción de una sana autoestima.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Finalmente, es importante recalcar que las historias de adversidad durante la infancia no dan cuenta del desarrollo de los trastornos de la personalidad, pues se requiere, no sólo la exposición al riesgo, sino una vulnerabilidad especial, pero al mismo tiempo, existe la dimensión noológica, la dimensión de los recursos personales en donde se aloja la libertad humana y el poder de resistencia del espíritu humano; como dice París (2001) "La investigación demuestra relaciones estadísticas entre la exposición al trauma y secuelas patológicas, pero los resultados negativos ocurren sólo en la minoría de casos, usualmente en aproximadamente un cuarto de los casos que fueron expuestos", incluso se llega a afirmar que la adversidad fortalece. Desde el holocausto nazi sabemos de lo que el hombre es capaz; sin embargo, desde Víktor Frankl –que padeció cuatro campos de concentración– sabemos del poder de resistencia del espíritu humano y del valor que por paradójico que suene otorga el sufrimiento, cuando el mismo adquiere sentido.

Entre el estilo y el trastorno

Los trastornos de la personalidad como psicopatologías de la libertad no son una medida categorial, sino más bien dimensional y en degradé; es decir, la manifestación de la personalidad auténtica o inauténtica nunca es un extremo totalitario, pues ninguna persona "ES" narcisista, evitativa o limítrofe, ya que es un ser siendo y por ello, puede "TENER" una personalidad a, b o c, pero la misma no lo determina totalmente, pues puede expresarse en mayor o en menor medida la autenticidad de la persona a través del organismo psicofísico. Para Millon (2001):

> La distinción entre estilos y trastornos de la personalidad radica en su nivel patológico: los estilos de personalidad amparan a los trastornos de la personalidad, de manera que los estilos se mantienen en el intervalo de la normalidad y los trastornos en el intervalo de la patología. Ambos son constructos de orden superior constituidos por rasgos de personalidad.

Siendo los elementos diferenciadores más importantes, el grado de inflexibilidad, su desadaptación, el malestar personal y el deterioro del funcionamiento (Skodol, 2007), así como su nivel de expresión de la libertad. La visión de degradé es una visión humana, una mirada dimensional que brinda espacio a la libertad; sin embargo, la diferenciación acerca del nivel de restricción debe contemplar los elementos expuestos anteriormente, pero especialmente el cuidado entre lo egodistónico y lo egosintónico, pues el nivel de restricción suele hacer invisible a la persona ante si misma, motivo por el cual, algunos trastornos se consideran "externalizantes" (Oldman, 2007), en donde la persona niega sus problemas y su participación en los mismos, atribuyéndole a los demás todas las dificultades que existen; suelen describirse como víctimas de los demás y no logran ver cómo crearon sus problemas (Beck, 2005).

Entre lo dimensional y lo categorial

Como se mencionó con anterioridad, los modelos dimensionales se ajustan más a una comprensión del modo humano de enfermar, puesto que cumplir criterios categoriales constituyen una generalización que desdibuja la libertad de la persona y no permite dimensionar el nivel de restricción que puede desarrollar una persona, planteando estigmatizaciones cada vez más lejanas de la persona que busca ayuda. La discusión sobre la clasificación de los trastornos de la personalidad en sistemas dimensionales o categoriales es ampliamente citada en la literatura (Trull, 2005, Widiger y Simonsen, 2005, Bagby, Marshall y Georgiades, 2005, Tromp y Koot, 2009, Verheul, 2005, Gutiérrez et al., 2008, Beurs et. al., 2009). Los modelos dimensionales tienen más utilidad clínica (Trull, 2005, Verheul, 2005) y son preferidos por la mayoría de los expertos, aunque un modelo mixto categorial-dimensional sería el indicado (Tromp y Koot, 2009), los modelos categoriales suelen solaparse con otras categorías, volviéndose arbitrarios y generando dilemas (Verheul, 2005), pues la verdadera naturaleza de los rasgos de la personalidad no es categórica sino dimensional (Gutiérrez et al., 2008).

Dentro de los modelos dimensionales, tres son los de mayor importancia: el modelo de los siete factores de Cloninger, el modelo de los cinco grandes y el modelo de Livesley (Bagby et al., 2005). El modelo de los siete factores, es un modelo psicobiológico (Cloninger, Surakic y Przybeck, 1993), que incluye dimensiones temperamentales de tipo hereditario (búsqueda de novedades, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia) y dimensiones caracterológicas (autodirección, cooperación y autotrascendencia), resaltándose como un modelo dimensional que no se centra exclusivamente en lo patológico, y que en el caso de los trastornos de la personalidad, una autodirección y cooperación baja indicarían la presencia del mismo, y los puntajes asociados con el temperamento los clúster, es decir, una dependencia de la recompensa baja se asocia al grupo de los excéntricos, una búsqueda de novedades alta se asocia al grupo de los erráticos y la evitación del daño alta, al grupo de los ansiosos (Trull, 2005); para la evaluación utilizando este modelo se utiliza el TCO (Inventario de Temperamento y Carácter) de Cloninger (2000). El modelo de los cinco factores hace referencia a: 1) neuroticismo *vs.* la estabilidad emocional, 2) extraversión *vs.* introversión, 3) apertura *vs.* estar cerrados a la experiencia, 4) agradabilidad *vs.* antagonismo, y 5) responsabilidad *vs.* negligencia, fue desarrollado en muestras no clínicas, centrado en la evaluación de la personalidad y no necesariamente en la psicopatología, siendo el modelo con el cuerpo más robusto de investigación, utilizándose el NEO de Costa y Mcrae (1992) para su evaluación, en donde los puntajes extremos, altos o bajos, pueden representar la presencia de un trastorno de la personalidad (Verheul, 2005).

El modelo Livesley es uno de los más importantes en la actualidad, puesto que se trata de un modelo dimensional no de la personalidad sino de la psicopatología

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de la misma, siendo por ello, un modelo de altísima utilidad clínica, centrándose gran parte de la investigación sobre el modelo en su relación otros modelos, su estructura factorial y los factores genéticos (Trull, 2005). La correlación con las categorías del DSM (Tromp y Koot, 2009, Pukrop et al., 2009, Livesley y Jackson, 2009), la aplicabilidad con adolescentes (Tromp y Koot, 2009), la construcción de versiones cortas de evaluación (Beurs et al., 2009), así como la validación en diferentes países. Este modelo dimensional consta de cuatro factores de alto orden y 18 dimensiones o rasgos de la personalidad, siendo los factores estructuras heredables y los rasgos de personalidad dimensiones consistentes con los síntomas que presenta el DSM (Pukrop et al., 2009). Las 18 escalas del modelo DAPP (Livesley y Jackson, 2009, Livesley, 2003) son las siguientes:

1. **Labilidad afectiva.** Las emociones tienden a ser intensas e inestables; experimentan frecuentes cambios de ánimo; reacciones emocionales usualmente parecen extremas.

2. **Ansiedad.** Rápidamente se siente preocupado y temeroso.

3. **Insensibilidad:** Despreocupación por los sentimientos y el bienestar de los otros; falta de empatía y remordimiento.

4. **Compulsividad**: Ordenado y sistemático; le gusta la estructura y la organización.

5. **Problemas de conducta.** Tendencia a mostrar un rango de comportamientos antisociales y despreocupación por las normas sociales.

6. **Desregulación cognitiva.** El pensamiento se tiende a volver desorganizado especialmente en tiempos de estrés; experimentan percepciones e ideas inusuales.

7. **Problemas de identidad.** Sentido de la identidad inestable.

8. **Apego inseguro.** Patrón temeroso de relaciones de apego.

9. **Problemas de intimidad.** Evita la intimidad.

10. **Baja afiliación.** Desinterés en, y evitación de, relaciones sociales y contacto con otros; desapego social.

11. **Narcisismo**. Grandiosidad con fuerte necesidad de atención y aprobación.

12. **Oposicionalidad.** Pasivamente resiste las expectativas de desempeño satisfactorio de las tareas rutinarias.

13. **Rechazo.** Antagonista, hostil y juzgón.

14. **Expresión restringida.** No responde emocionalmente, distante.

15. **Autolesión.** Tendencia a comprometerse en comportamientos de autolesión de forma deliberada y a tener pensamientos de suicidio crónicos.

16. **Búsqueda de estimulación.** Necesita excitación y estimulación, búsqueda de sensación y aventura, impulsivo.

17. **Sumisión.** Servil, no asertivo, e inseguro, constantemente busca el soporte de otros, la guía y la reafirmación.

18. **Suspicacia.** Desconfía de los otros; híper-alerta a las señales de amenaza interpersonal o de malas intenciones.

Enmarcadas dentro de cuatro grandes factores de alto orden definidos por Pukrop et al. (2009) de la siguiente manera:

> El primer factor, la desregulación emocional, representa las tendencias inestables y reactivas, la falta de satisfacción con el yo y las experiencias de la vida, y los problemas interpersonales. El segundo factor, comportamiento disocial, representa una falta de preocupación por los otros y describe la personalidad antisocial o las características psicopáticas. El tercer factor, la inhibición, esta definido por los rasgos de problemas con la intimidad y una expresión emocional restringida, la persona obtiene poco placer de las relaciones íntimas. El cuarto factor, la compulsividad, esta consistentemente configurado por el único rasgo de la compulsividad.

Los cuatro factores de alto orden se caracterizan por:

Desregulación emocional. Caracterizado por emociones y relaciones inestables con altos niveles de ansiedad y labilidad emocional. La intensidad y reactividad de la expresión emocional suele aumentar por una tendencia de mostrar hipersensibilidad generalizada, en individuos que esperan lo peor y nunca fallan en ver las cosas de manera pesimista. También tienen anhedonia y obtienen poco placer o satisfacción de cualquier actividad. Sus relaciones interpersonales son conflictivas e inestables y con apego inseguro. La escala de los problemas de identidad es una parte importante de este grupo, involucrando un sentido del yo y de la identidad inestable y fragmentado, con desregulación cognitiva y en ocasiones con autolesiones. Según Livesley y Jackson (2009) los siguientes rasgos aportan a este factor: labilidad emocional, ansiedad, desregulación cognitiva, problemas de identidad, apego inseguro, oposicionalidad y sumisión.

Comportamiento disocial. Caracterizado por insensibilidad, problemas de conducta, narcisismo, rechazo y búsqueda de estímulos, con un estilo interpersonal insensible, falto de empatía y despreocupado por los sentimientos de los demás; suele

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

acompañarse de comportamiento violento, intimidación interpersonal, abuso de sustancias y comportamiento antisocial. Las personas con altos puntajes tienen una mente rígida y son criticones. Son impulsivos, buscadores de sensaciones y atrevidos. Según Livesley y Jackson, en este factor aportan los siguientes rasgos: insensibilidad, problemas de conducta, rechazo, narcisismo y búsqueda de estimulación.

Evitación social. Caracterizado por problemas de identidad, baja afiliación y expresión restringida, son introvertidos y evitan las relaciones interpersonales, son poco comunicativos y renuentes al compromiso. Están inhibidos, no expresan las emociones y tienden a ser solitarios.

Compulsividad: Caracterizado por una sola escala del DAPP: la compulsividad. Los aspectos esenciales son el orden y la responsabilidad.

Con relación a los trastornos de la personalidad del DSM y los 18 rasgos del DAPP, Bagge y Trull (2003), presentan una aproximación hipotética de la siguiente manera:

Paranoide (PAR)- Ansiedad (H), evitación social (H), suspicacia (H), apego inseguro (L), insensibilidad (H), rechazo (H), e intimidad (H).
Esquizotípico (EZT)- Desregulación cognitiva H), evitación social H), suspicacia (H), y problemas de intimidad (H).
Esquizoide (EZD)- Problemas de identidad (H), labilidad afectiva (L), evitación social (H), apego inseguro (L), búsqueda de estimulación (L), problemas de intimidad (H), y expresión restringida (H).
Antisocial (ANT)- Oposición, ansiedad, suspicacia, búsqueda de estimulación, insensibilidad, rechazo y problemas de conducta.
Límite (LTP)- Desregulación cognitiva, problemas de identidad, labilidad afectiva, ansiedad, suspicacia, apego inseguro, autolesión, búsqueda de estimulación, rechazo, y problemas de conducta.
Histriónico (HIS)- Sumisión, labilidad afectiva, apego inseguro, narcisismo, búsqueda de estimulación, problemas de intimidad, y expresión restringida.
Narcisismo (NAR)- Narcisismo, insensibilidad y rechazo.
Dependiente (DEP)- Sumisión, ansiedad, evitación social, suspicacia, apego inseguro, insensibilidad y rechazo.
Evitativo (EVT)- Ansiedad, evitación social, búsqueda de estimulación, insensibilidad, y expresión restringida.
Obsesivo compulsivo (OCP)- Sumisión, ansiedad, rechazo, problemas de intimidad, expresión restringida, y compulsividad.

Encontrando similitudes con algunos resultados desde un punto de vista empírico (Pukrop et. al., (2009):

TP del DSM IV	R2 adj	F	Rasgos significativos del DAPP (p< .05) con coeficientes beta estandarizados
Paranoide	.08	3.61**	Suspicacia (.24), problemas de identidad (.23) y autolesión (2.1)
Esquizotípico	.11	3.50***	Autolesión (.24), suspicacia (.20)
Esquizoide	.11	4.13***	Problemas de identidad (.21), evitación social (.20), apego inseguro (-.19), narcisismo (-.19), rechazo (.15)
Antisocial	.18	5.62***	Problemas de conducta (.45), problemas de identidad (.21), restricción de la expresión (.17)
Límite	.24	16.99***	Autolesión (.38), restricción de la expresión (.14), labilidad emocional (.13)
Histriónico	.07	1.78*	Evitación social (-.22), búsqueda de estimulación (.16), problemas de intimidad (-.14)
Narcisista	.13	4,37***	Insensibilidad (.23), problemas de intimidad (.19), problemas de identidad (.19) compulsividad (.11).
Evitativo	.14	7.34***	Evitación social (.30), problemas de identidad (-.15)
Dependiente	.11	3.83***	Sumisión (.15), problemas de intimidad (-.15)
Obsesivo compulsivo	.11	3.61***	Compulsividad (.22)
Pasivo-agresivo	.06	2.25**	Problemas de identidad (.20)
Depresivo	.10	8.75***	Problemas de identidad (.32), autolesión (.19)

Esta integración entre el modelo dimensional y el categorial es consistente con investigaciones previas, en donde los resultados indican que la mayoría de los rasgos de la personalidad que fueron medidos por el modelo de los cinco factores, el modelo de los 7 factores y el de los 18 factores, se asociaron significativamente con los trastornos de personalidad del DSM (Bagby, Marshall y Georgiades, 2005), de igual forma, entre los modelos dimensionales se encuentran coincidencias en las diferentes dimensiones expuestas por lo modelos, como dice Trull (2005):

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Existe un consenso general de la relevancia de al menos 4 dominios de alto orden del funcionamiento de la personalidad que están claramente relacionados con la patología de la personalidad: neuroticismo/emocionalidad negativa/desregulación emocional, extraversión/emocionalidad positiva, disocial/comportamiento antagónico, y restricción/compulsividad responsabilidad (Trull y Durrett, 2005). Un enfoque en estas dimensiones de alto orden puede, de hecho, tener la ventaja de dirigir nuestra atención al área del solapamiento entre la personalidad normal y la anormal.

Siendo interesante el trabajo de Widiger y Simonsen (2005) en torno a la integración de los modelos dimensionales de la siguiente forma:

	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto
DAPP BQ	Inhibición	Disocial	Compulsividad	Desregulación emocional	
NEO-PI-R	Extraversión	Antagonismo	Responsabilidad	Neuroticismo	Apertura
SNAP Y MPQ	Afectividad positiva	Afectividad negativa	Restricción	Negatividad afectiva	
PSY-5	Emocionalidad positiva	Agresividad	Restricción	Emocionalidad negativa	Psicoticismo
MCM III	Retirada (evitada)	Agresividad	Restricción	Neuroticismo	
EPQ Y EPP	Extraversión	Psicoticismo		Neuroticismo	
ZKPQ	Sociabilidad -actividad	Agresión hostilidad	Impulsividad	Neuroticismo	
PAS	Retirada	Antisocial-dependiente		Inhibido	
Siever y Davis	-inhibición	Agresión-impulsividad		Inestabilidad afectiva-ansiedad/ inhibición	Percepción cognitiva
TCI		Cooperación	Persistencia	Evitación al daño	
	Dependencia a la recompensa		Autodirección		Auto trascendencia
	Búsqueda de la novedad				

Finalmente, vale la pena mencionar en este punto que el sistema diagnóstico dimensional mejora sustancialmente la utilidad clínica en lo referente a la cobertura, la toma de decisiones clínicas y la confiabilidad de los diagnósticos; existiendo evidencia que sugiere que los modelos como el DAPP, el SNAP y el modelo de los cinco factores son mejores con respecto a la cobertura, la consistencia con la etiología, la sutileza y la toma de decisiones clínicas (Verheul, 2005), y aunque puede ser que los modelos categoriales faciliten la comunicación entre los diferentes profesionales, seguramente el desconocimiento de los modelos dimensionales es el que dificulta este tipo de lenguaje y no los modelos dimensionales en si, resaltándose que los reportes de caso con modelos dimensionales facilitarían la planeación del tratamiento y el establecimiento de metas.

Espiritual	Organización psicofísica	Expresión fenomenológica
	Factores de alto orden a. Desregulación emocional b. Comportamiento disocial c. Evitación social d. Compulsividad	
PERSONA **Potencialidad, Espiritualidad Recursos noológicos**	**Rasgos** →	**PERSONALIDAD INAUTÉNTICA** **Factores noéticos concretos**
Autodistanciamiento – Autocomprensión – Autorregulación → – Autoproyección	1. Labilidad afectiva 2. Ansiedad 3. Insensibilidad 4. Compulsividad 5. Problemas de conducta 6. Desregulación cognitiva 7. Problemas de identidad 8. Apego inseguro 9. Problemas de intimidad	– Apego de si – Sometimiento de si – Inmanencia
Autotrascendencia – Diferenciación → – Afectación – Entrega	10. Baja afiliación 11. Narcisismo 12. Oposicionalidad 13. Rechazo → 14. Expresión restringida 15. Autolesión. 16. Búsqueda de estimulación 17. Sumisión 18. Suspicacia	– Indiferenciación – Regresión

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

3

Estrategias de afrontamiento: pasividad y actividad correctas e incorrectas

Superar la angustia de dejar de ser, disolverse en medio de la trama de la vida o recibir un daño a la estructura del ser, no son experiencias agradables ni deseables, siendo común en diferentes formas de psicoterapia hablar de mecanismos de defensa (psicoanálisis), estrategias de afrontamiento (terapia cognitiva), rendición, evitación o compensación de esquemas (terapia de esquemas), *mastery* (terapia metacognitiva) o pasividades y actividades (terapia centrada en el sentido). La defensividad es una respuesta psicológica tradicionalmente definida como automática, frente a estresores internos o externos, la ansiedad o el desafío a las propias capacidades (Millon & Davis, 2001), que avivan el mundo emocional, sin requerir esfuerzo consciente por parte de la persona que suele organizarse en un conjunto de estrategias que se manifiestan bajo determinados estados de estrés (Perry & Bond, 2007). Esta organización hace parte de la personalidad, pues no sólo es una estructura que le brinda coherencia y sentido al ser, sino que al mismo tiempo es un estilo de afrontamiento desde el que hay que entender la psicopatología (Millon & Davis, 2001).

Desde diferentes perspectivas psicoterapéuticas se buscan soluciones aproximadas, aunque con algunas diferencias que en el caso de las llamadas estrategias de afrontamiento no se hacen esperar; al parecer, la principal diferencia se da entre los llamados mecanismos de defensa y las estrategias de afrontamiento, pues los primeros suelen ser alteraciones de la percepción que intentan proteger a la persona de eventos externos e internos que generan gran ansiedad, haciéndolo de manera inconsciente, mientras que las estrategias de afrontamiento pueden ser abiertas y

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

otras veces encubiertas (Kramer, 2010); para otros autores, las estrategias de afrontamiento son conscientes e intencionales (Lazarus, Folkman, 1984, Connor-Smith y Flaschsbart, 2007), aunque no se desecha el afrontamiento no consciente, asumido cuando el mismo es fruto de la personalidad (Connor-Smith y Flaschsbart, 2007), no queriendo decir con ello que las estrategias según la personalidad, sean siempre inconscientes.

Para Rogers (2007)

> ... la defensa es la reacción del organismo a la amenaza; la defensa tiene como objetivo mantener la estructura habitual del yo. Eso se logra mediante la distorsión perceptual de la experiencia, a fin de reducir el estado de incongruencia entre la experiencia y la estructura del yo; o bien de impedir el acceso de una experiencia a la conciencia negando así toda amenaza al yo. El estado interno que lleva al individuo a adoptar conductas como las que acabamos de describir recibe el nombre de defensa.

En si, el objetivo de las defensas es proteger la conciencia de sentimientos abrumadores, funcionando con poca reflexión consciente, siendo esta una de las razones por las que contribuyen al mantenimiento de círculos viciosos y al agravamiento de los problemas que se pretendían evitar (Davis, Millon y Meagher, 2004). Víktor Frankl (1992) denomina este proceso pasividad y actividad correctas e incorrectas; la pasividad incorrecta hace referencia "al salir corriendo" de quien padece neurosis de angustia. La actividad incorrecta a la lucha del neurótico obsesivo contra sus obsesiones, la forzada intención que se presta al placer sexual y la forzada reflexión sobre el acto sexual. Por otro lado, la pasividad correcta es el hacer caso omiso (derreflexión) a los síntomas, en el sentido de no fijarse, hiperreflexionar o tener una actitud egocéntrica, así como ironizar (intención paradójica) sobre el síntoma, tomar distancia del mismo, autodistanciarse; finalmente, la actividad correcta es el actuar al margen del síntoma, es decir, el existir en orientación hacia algo, trascendiéndolo y dirigiéndose al sentido. En este punto es importante aclarar que la descripción de estos procesos fue hecha por Frankl hace varias décadas, ajustándose al estado actual de la psicopatología que se vivía en aquel momento; el presente capítulo pretende dar una actualización a este proceso a partir de la psicopatología contemporánea y especialmente ante los trastornos de la personalidad, teniendo por supuesto como base, la teoría de Frankl.

PASIVIDAD, ACTIVIDAD Y REACCIONES DE *COPING*

La pasividad y la actividad como cualquier reacción de *coping*, puede ser estrictamente adaptativa y garantizar la preservación de la especie; si bien, gran parte de la discusión en torno a las estrategias de afrontamiento ha girado en cómo las mismas se presentan como reacción ante el estrés producido en situaciones evaluadas

como excesivas frente a los recursos personales o como respuesta a la amenaza de las metas importantes para una persona, desde los planteamientos de Frankl (1992, 1995), también hay un afrontamiento proactivo, consciente y espiritual, apreciación que hoy en día cuanta con muchos acuerdos y evidencia empírica (Greenglass y Fiksenbaum, 2009, Krok, 2008, Folkman y Moskowits, 2000, Connor-Smith y Flaschsbart, 2007, Duhachek y Oakley, 2007, Ben-zur, 2009).

Cuando la pasividad y la actividad se desarrollan sanamente (organismo psicofísico sano), se llevan las acciones con armonía, soltura y flexibilidad, alternando los movimientos según el momento vivido, sin perder la integración y coherencia de sí mismos. Cuando la pasividad y la actividad se desarrollan de forma insana (organismo psicofísico restringido), se apunta fundamentalmente a una pérdida de la libertad del sujeto; como dice Caponni (1997):

> ... el Yo adquiere una modalidad activa o pasiva con rigidez y estancamiento, que no tiene que ver ni obedece a las circunstancias sino más bien a una actitud estereotipada, repetitiva e inflexible, que frecuentemente lo lleva a conductas desadaptativas en relación a los requerimientos del medio ambiente o de su interioridad.

Es importante plantear en este punto, que normalmente algunas estrategias podrían parecer maladaptativas, pero pueden tener un valor situacional (Folkman y Lazarus, 1988); el problema o lo maladaptativo, en el contexto de este trabajo, hace más referencia a los trastornos de la personalidad, en donde dadas las características de rigidez del organismo psicofísico, las estrategias que se utilizan suelen ser las mismas con independencia del contexto, tendiendo a repetir las mismas estrategias a pesar de su evidente fracaso. Las estrategias de afrontamiento hacen parte de la personalidad, cuando la personalidad se ha hecho rígida e inauténtica, las estrategias utilizadas no pueden adaptarse a las demandas, empeorando las cosas y retroalimentando la personalidad.

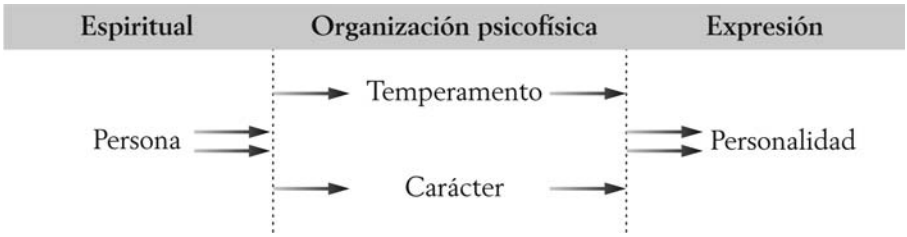
PASIVIDAD Y ACTIVIDAD INCORRECTAS

La estructura de personalidad que alguien se ha dado a si mismo en su interrelación con el mundo, desarrolla modos de ser, de moverse y convivir con la realidad selectiva que capta, de tal manera que la realidad leída por la persona va mediada por su organismo psicofísico, moviéndose a partir de dicha captación y de lo que escoge para si; sin embargo, cuando el organismo psicofísico se ha hecho rígido, poco flexible y con baja permeabilidad, el campo fenoménico captado es reducido, impidiendo a la persona ver otras posibles realidades de existencia, o como diría Frankl (1994c): "Con anterioridad habíamos definido al neurótico como aquella persona que cambia la interpretación de su existencia como un poder llegar a ser

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

siempre también de otra forma, en un deber ser así y no de otra forma". Esa manera de vida inauténtica, idea y ejecuta estrategias de afrontamiento que le ayudan a moverse en la realidad captada en la que no puede concebirse de otra forma, es allí en donde lleva a cabo la pasividad y actividad incorrecta.

La dimensión psicológica a diferencia de la dimensión noológica, es una dimensión cerrada, es decir, es una dimensión que busca preservar la identidad psicológica construida, busca mantener la estabilidad de la versión psicofísica que ha hecho de si mismo a partir de la interacción entre el temperamento, el carácter y el campo de acción que haya podido tener lo espiritual. Lo psicológico busca el equilibrio, la estabilidad y lo permanente, buscando la manera de adaptarse a la realidad que vive. Lo espiritual, a diferencia de lo psicológico, es abierto hacia el mundo, es trascendente o más bien, doblemente trascendente, por un lado en la reflexividad hacia sí mismo y por otro en la trascendentalidad hacia el mundo (Frankl, 1994d), de esta manera, lo psicológico busca la distensión, mientras que lo espiritual busca la intención. La persona tiene entonces una dimensión psicológica y una dimensión biológica, es decir, tiene un carácter y un temperamento, llegando a través de ellos y de las decisiones que toma, a volverse una personalidad; la personalidad es el reflejo de la persona a través del organismo psicofísico, de las membranas o capas del carácter y el temperamento:



De tal manera que el temperamento y el carácter son como membranas porosas a través de las cuales se expresa la persona llegando a ser una personalidad; ahora bien, como persona que el ser humano es, tiene carácter y tiene temperamento, pero ante ello tiene libertad, se autoconfigura

> ... la persona que alguien es, dialogando con el carácter que tiene, adoptando una posición ante él, lo configura y se configura ella constantemente, y llega a ser una personalidad… Mientras configuro el destino, configuro la persona que soy, el carácter que tengo, y "se" configura la personalidad que llego a ser (Frankl, 1994a).

Sin embargo, ¿que sucede cuando el organismo psicofísico se ha hecho rígido restringiendo el margen de movilidad de la persona espiritual –como en el caso de la psicopatología–?, ¿qué pasa cuando esta "membrana porosa" no permite que

la persona espiritual ejerza plenamente su trascendentalidad?, ¿cuál consecuencia experimenta el modo de ser de alguien cuando lo libre en él (persona espiritual) no puede manifestarse?, pues la expresión plena de la persona se frustra como proyecto, es decir, la doble trascendentalidad de la persona espiritual se ve frustrada, siendo difícil que pueda trascender reflexivamente hacia sí mismo (bajo nivel de autocomprensión o autocomprensión sesgada) y salir de sí hacia el mundo, quedando la persona encerrada en la inmanencia de lo psicofísico de manera proporcional al grado de afección o daño que tiene su órgano de expresión e instrumentalización, surgiendo en consecuencia una captación de la realidad "borrosa" o más bien "teñida" por los matices del temperamento encausado o desbordado y el carácter saludable o enfermizo de la persona.

Cuando la captación de la realidad es amenazante para la identidad construida, la persona puede desplegar un sinnúmero de estrategias que en medio de su libertad le permiten aprovechar las amenazas para trascenderse; sin embargo, cuando la persona se encuentra "encerrada" en su organismo psicofísico, el margen de acción de la persona libre está seriamente disminuido, intacto en potencia, pero sin la posibilidad de ejercerse y expresarse, dejando al ser humano con poca movilidad para adaptar sus estrategias a las circunstancias específicas, repitiendo una y otra vez la misma estrategia: huir, luchar o hacerse el muerto. De tal forma, la personalidad no es una enfermedad médica, sino que se convierte en un constructo inmunológico que predispone o protege a la persona del desarrollo de los síntomas psicopatológicos clásicos (Davis, Millon y Meaght, 2004). Este impedimento para poder instrumentalizar al organismo psicofísico dificulta la existencialidad de la persona, manifestándose fenomenológicamente en una personalidad inauténtica en donde "el cuerpo del hombre «caído», sin embargo, es como un espejo roto y, por lo tanto, deformante" (Frankl, 1992) de la persona que no puede expresarse auténticamente a través de él. Esta personalidad desdibujada se debe a la restricción que ejerce un organismo psicofísico afectado sobre las manifestaciones espirituales.

En términos de la psicoterapia centrada en el sentido, las personalidades inauténticas usan la pasividad y la actividad incorrecta (Frankl, 1992, 2001, Martínez, 2007, 2009, Lukas, 2004) como estrategias que buscan protegerse de la perdida de si mismos y de la angustia de hacerse real, es decir, la pasividad y la actividad incorrectas son desarrollos establecidos para distensionar el malestar psicofísico que se genera ante la captación personal de una amenaza para la existencia, ante la mera posibilidad de que dicha amenaza se presente o simplemente ante la imposibilidad de ser en el mundo de una forma adaptada y tranquila; es decir, ante la amenaza de no existir –o la destrucción del guión construido, *self* o identidad– los seres humanos huyen, no enfrentan o disminuyen la probabilidad del "daño" a través de desarrollos conscientes y a veces no conscientes que se denominan pasividad incorrecta, de igual forma, ante la amenaza de no existir, algunos luchan, enfrentan o intentan aniquilar lo que los puede dañar, utilizando así la actividad incorrecta,

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

otros ante la imposibilidad de huir o de luchar suelen hacerse los muertos, abandonarse o entregarse al daño.

Frankl (1992, 1994a, 1994b, 1994c, 2001) y Lukas (2003) hacen referencia constante a la pasividad y actividad incorrectas como pautas características de respuesta en las neurosis que son utilizadas como intentos adaptativos, en busca de distensión o compensación del malestar psicofísico. Si bien, Frankl planteó dichas estrategias en términos de patrones de reacción de las neurosis de ansiedad, obsesivas y sexuales, las clasificaciones han cambiado y la inclusión de los trastornos de personalidad en el ámbito clínico han reflejado la importancia de estas pasividades y actividades incorrectas, pues como dice Millon (2001):

> La mayoría de las personas dispone de variadas y flexibles estrategias de afrontamiento. Cuando una determinada conducta o estrategia no funciona, las personas normales cambian y pasan a utilizar otra. Sin embargo, las personas con un trastorno de la personalidad tienden a utilizar las mismas estrategias una y otra vez, con variaciones mínimas. El resultado es que siempre acaban empeorando las cosas. En consecuencia, el nivel de estrés se incrementa, amplifica su vulnerabilidad, provoca situaciones críticas y produce percepciones de la realidad social cada vez más distorsionadas.

Desarrollo de las pasividades y actividades incorrectas

La mayoría de posturas psicológicas centradas en las estrategias de afrontamiento coinciden en el carácter inmanente o cerrado de lo psicológico en busca de la autopreservación, sin embargo, dicho proceso de cuidado de si, puede estar alterado o alterarse fijándose patológicamente. La actividad y la pasividad incorrectas no quedan establecidas de inmediato en una persona, suele darse un proceso de desarrollo que fija, mantiene y exacerba el uso de tales estrategias como se expone a continuación:

1. **Reacción pasiva o activa aislada:** Esta reacción pasiva o activa se presenta ante una situación o un estado transitorio y se presenta como respuesta aislada y puntual ante una situación o un estado que es captado como amenaza a la integridad de la persona, puede ser un evento específico sin mayor trascendencia o gravedad. Algunos ejemplos pueden ser: alguna vez se consumió un tranquilizante en medio de un vuelo aéreo que tuvo dificultades; en una oportunidad después de finalizar una relación afectiva se comieron 300 gramos de chocolate; en cierta ocasión se exageró acerca de su capacidad matemática en una reunión donde se experimento una amenaza de descalificación al nivel académico de la persona; en una oportunidad se canceló la asistencia a una reunión en donde se harían juegos de integración y se quiso evitar esa situación incómoda.

2. **Fijación de la reacción:** Es posible que cuando el organismo psicofísico se encuentra muy afectado y la persona espiritual-libre no puede expresarse, su re-

pertorio de estrategias para manejar situaciones o estados en donde percibe una amenaza a su existencia, no sea muy amplio, echando mano de aquellas experiencias previas en donde ha reconocido cierta utilidad y su margen de acción y expresión le permiten este nivel de maniobrabilidad. La persona ha aprendido que puede distensionar el malestar psicofísico o prevenir su aparición, a través de una pasividad o actividad aislada que tuvo en algún momento. Algunos ejemplos pueden ser: cuando va a volar en avión siempre lleva un tranquilizante "por si acaso"; cada vez que se siente sola compra chocolates; en toda reunión académica exagera acerca de sus logros académicos y critica descalificatoriamente a otros; cancela las invitaciones que recibe a reuniones sociales o asiste inventando excusas para no bailar o cantar en público.

3. **Generalización de la estrategia:** Cuando el nivel de restricción de la libertad personal es mayor y la persona no tiene la flexibilidad suficiente, ni el campo de acción para variar sus estrategias y ha transitado por un proceso de evitación del malestar quedando gobernado por la voluntad de placer (Frankl, 2001), la capacidad de la persona para soportar el desequilibrio que experimenta al percibir cada vez un mundo y unos seres humanos más amenazantes, se genera una generalización de la pasividad y la actividad a otros contextos y con otras personas, pues ya se ha aprendido la utilidad de las estrategias, pero al mismo tiempo el nivel de insoportabilidad ha aumentado, haciendo que la persona huya o luche en una gran cantidad de contextos en donde percibe un riesgo para poder-ser, para poder-existir. Algunos ejemplos pueden ser: siempre que no tiene el control de las situaciones como al ir de pasajero en un auto, volar en avión o navegar utiliza algún tranquilizante; cada vez que percibe el mínimo rechazo tiene atracones de comida; de un tiempo para acá no para de hablar de sí mismo, exagerando sus logros, descalificando las personas y peleando en todas partes; hace ya un buen tiempo que no sale casi a la calle, pide todo a domicilio y casi no habla con nadie.

4. **Patrón de personalidad**: Las vivencias de distensión del organismo psicofísico y el placer a corto plazo que generan, también marcan la biografía de la persona aportando a su continua construcción, así es que la pasividad y actividad incorrecta que en principio se plantearon como intentos adaptativos, "buenas ideas" o "automedicaciones", terminan agravando las cosas y ayudando a configurar un modo de ser en el mundo que se modifica en su estructura haciéndola cada vez más rígida y menos operacionable por la persona espiritual. Se entra en el terreno formal de los trastornos de la personalidad como estructuras que se mantienen en el tiempo, pues el aprendizaje de la utilidad de las estrategias y el alivio a la angustia despertada por la amenaza, alimentan un sistema de significados que organizan el mundo de la persona, motivo por el cual deben aferrarse a las estrategias y así evitar el caos de una desorganización sin sentido.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Pasividad incorrecta

Cuando el malestar psicofísico se percibe como inmanejable, dado al desarrollo expuesto en el punto anterior, algunas personas utilizarán la pasividad incorrecta como estrategia para manejar las amenazas percibidas a la identidad; sin embargo, es posible que el nivel de fijación haya aumentado a tal punto, que tan solo la mera posibilidad de que dicha amenaza se pueda hacer presente, genera tal nivel de malestar que la persona se experimenta como obligada a huir del riesgo, bien sea huyendo explícitamente ante la presencia de la amenaza, evitándola cognitivamente, evadiendo las situaciones o los estados en donde se aumenta el riesgo de que aparezca la "supuesta" amenaza e incluso desarrollando pasividades en donde pueda disminuirse la probabilidad del "daño" que experimentarían si la realidad fuese como sospechan. Cuando las estrategias se han fijado y han empezado a generalizarse como un patrón, las pasividades se vuelven tan parte de sí, que muchas de ellas ya no son accesibles a la conciencia, volviéndose automáticas, como quien aprende a manejar un automóvil. Ante la imposibilidad de ser en el mundo de una forma adaptada y tranquila, se utilizan estrategias que se denominan pasividad incorrecta, en donde se actúa preponderantemente sobre si mismo conduciéndose a un "lugar a salvo", se intenta evitar la experiencia, huir de la misma o prevenirla. En palabras de Caponni (1997), la pasividad incorrecta:

> ... se caracteriza por manejar muy pocas estrategias para manipular su ambiente y conseguir sus fines. A menudo asume una actitud de inercia, de falta de ambición y tenacidad. Son "dejados", no toman nunca la iniciativa para modificar los eventos y parecería no importarles el dejarse llevar por las circunstancias y el medio ambiente, constituyéndose en un trastorno psicopatológico cuando es vivido con rigidez. Se hacen incapaces de asumir una conducta activa en las circunstancias que así lo requieren y que, por ende, los lleva a serios conflictos. En ellos no se resolvió la oposición dialéctica de esta dimensión y viven, por tanto, en forma escindida ambos polos, en este caso negando el activo y refugiándose en el pasivo.

Actividad incorrecta

Al igual que en la pasividad incorrecta, cuando el malestar psicofísico se percibe como inmanejable, algunas personas utilizarán la actividad incorrecta como estrategia para manejar las amenazas percibidas a la identidad; sin embargo, es posible que el nivel de fijación haya aumentado a tal punto que tan solo la mera posibilidad de que dicha amenaza se pueda hacer presente, genera tal nivel de malestar que la persona se experimenta como obligada a luchar contra el malestar, bien sea enfrentando explícitamente lo que "supone" es una amenaza o intentando modificar las situaciones o los estados en donde se aumenta el riesgo de que aparezca, e incluso desarrollando actividades en donde se intente destruir o aniquilar aquello

o a quien pueda "dañarlos". Cuando las estrategias se han fijado y han empezado a generalizarse como un patrón, las actividades se vuelven tan parte de sí que surgen espontáneamente y de forma impulsiva, normalizándose a tal punto que la persona –como en el caso de las pasividades– no logra darse cuenta de su comportamiento, situación agravada por el hecho de que la reflexividad sobre si mismo se encuentra restringida, impidiéndole a la persona autocomprenderse. Ante la imposibilidad de ser en el mundo de forma auténtica se utilizan estrategias que se denominan actividad incorrecta, en donde se actúa preponderantemente sobre los demás o sobre el medio ambiente para volver el lugar un "sitio seguro", se intenta eliminar la experiencia, cambiar la misma o destruir lo que la genera. Según Caponni (1997):

> La psicopatología comienza cuando la actitud fundamental frente a la vida es de gobierno absoluto y su anormalidad radica en la rigidez con que viven la postura activa aplicada indiscriminadamente, mostrando gran incapacidad para ser pasivos. No aceptan que las circunstancias los modelen a ellos o les imponga lo que ellos no desean vivir. No integran el polo de la pasividad en esta dimensión, viven ambos extremos escindidos, negando y anulando el pasivo y exagerando el activo.

La agresividad es la característica extrema de la actividad incorrecta.

Niveles de la pasividad y la actividad incorrectas

Frankl nunca planteo la pasividad y actividad incorrectas divididas por niveles; sin embargo, con base en el estado actual de la psicopatología contemporánea, se pueden plantear la pasividad y la actividad incorrectas en dos niveles de complejidad. Estas estrategias suelen ser similares a las respuestas de *coping* y estrategias de afrontamiento que se mencionan en diferentes formas de psicoterapia, y aunque no siempre son automáticas o no conscientes como suele decirse, lo cierto es que las mismas no requieren de gran reflexividad, por lo que suelen ser respuestas espontáneas, impulsadas por la voluntad de placer que gobierna a la persona y que por la rigidez del organismo psicofísico no puede desplegar su dimensión noética. El orden entre estrategias de primero, segundo, tercero y cuarto nivel, está determinado en gran medida por el nivel de restricción que ejerce el organismo psicofísico sobre la persona, de tal forma que las estrategias de primer y segundo orden se presentan especialmente cuando el nivel de reflexividad de la persona y sus recursos noológicos, se encuentran restringidos, siendo en el caso de las estrategias de primer orden, intentos de modificación del estado mental a través de la acción sobre dimensiones no reflexivas como el organismo; y el caso de las estrategias de segundo orden, intentos con un nivel mayor de reflexividad, pero sin la potencia y profundidad suficiente para resolver la situación, que dada la restricción que padece la persona, no le permite salir de sí, reaccionando de la misma manera ante captaciones de la

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

realidad que muchas veces no tienen nada que ver con lo que está sucediendo en el mundo externo.

1. **Pasividad y actividad incorrectas de primer nivel.** Son las estrategias más primarias y arcaicas desarrolladas para distensionar al organismo psicofísico, siendo la expresión máxima de la voluntad de placer. En ellas se actúa preponderantemente sobre la dimensión biológica y en segundo lugar, en el componente psicológico de la emocionalidad como una forma de reacción ante el propio malestar psicofísico, bien sea por la experiencia real del malestar o por la mera anticipación de la posibilidad del mismo. Estas estrategias suelen ser las más contundentes pues las mismas modifican de manera inmediata y radical la experiencia del ser en el mundo, generando estados homeostáticos inmediatos –aunque poco permanentes–, modificando las sensaciones corporales y cambiando la percepción subjetiva de la realidad en un corto tiempo. En estas estrategias se encuentran las diferentes formas de automedicación (uso de alcohol y drogas legales e ilegales), las compulsiones como la comida, la masturbación y el sexo, las conductas autolesivas (autoagresiones, automutilaciones, inducción de vómito), la disociación y las descargas de energía como la agresividad física. Su intención es reducir la disforia que se presenta en el estrés, la ansiedad y la culpa (Livesley, 2003, Martínez, 2007). Estrategias que como ya se ha visto en otro lugar (Martínez, 2007) son utilizadas para:

   a. Actuar sobre el propio malestar corporal modificando la sensación y la experiencia en el mundo de la persona, conectándolo o desconectándolo con su cuerpo según la necesidad y en general, distensionando el malestar psicofísico que experimenta la persona al enfrentar la amenaza de su existir.

   b. Prevenir situaciones que hacen surgir estados problemáticos, preparándose para experimentarlos de manera diferente o simplemente distensionando el malestar que se genera por la anticipación de la posible presencia de una amenaza.

   c. Como una respuesta ante la frustración existencial y el estado de vacío que se genera al no poder salir de si, debido al carácter inmanente de un organismo psicofísico que se ha hecho rígido e impide la expresión de lo espiritual.

   En cuanto al uso de sustancias como estrategia de primer nivel, las evidencias más fuertes han girado en torno al papel del alcohol en la regulación emocional, la sensibilidad a la ansiedad, las emociones negativas, la búsqueda de sensaciones y la impulsividad (Tragesser, Trull, Sher y Park, 2008, Grant, Stewart y Mohr, 2009, Britton, 2004), especialmente en las personalidades con desregulación

emocional o el Clúster de los impulsivos (Grant, Stewart y Mohr, 2009, Chung, Langernbucher, Labouvie, Pandina, y Moos, 2001), así como en la regulación de la ansiedad y la depresión (Grant, Stewart, y Mohr, 2009); siendo el consumo de sustancias una estrategia asociada a estas formas de pasividad incorrecta, que actúan en doble vía impidiendo que se desarrollen formas más elaboradas diferentes a la evitación (Chung, Langernbucher, Labouvie, Pandina y Moos, 2001), como concluyen las investigaciones de Britton (2004):

> Las personas que reportaron usar sustancias para afrontar los problemas bebían más en cada ocasión que se sentaban a tomar, que las personas que no reportaban el uso de sustancias como una estrategia de afrontamiento. Las personas que reportaron que afrontaban los problemas expresando sus emociones, bebían menos en cada ocasión que los que no reportaban que afrontaban los problemas expresando las emociones.

El consumo de otras sustancias también media en la regulación emocional y la impulsividad en los trastornos de la personalidad. Los análisis realizados del estudio NESARC con una muestra superior a 40 000 sujetos (Trull, Jahng, Tomko, Wood, y Kenneth, 2010), arrojaron los siguientes resultados:

Comorbilidad entre los diagnósticos de tx de personalidad (TP) y los diagnósticos de dependencia a sustancias y las proporciones asociadas (intervalo de confianza 95%)

	NESARC Revisado										
	Cualquier TP	Paran.	Esquizo	Esquizot	Antis	Límite	Histrión	Narcis	Evita	Depe	Obs-com
DA	42%	38%	38%	42%	49%	47%	50%	39%	35%	28%	32%
DD	19%	17%	20%	25%	23%	23%	30%	17%	20%	27%	11%
DN	48%	45%	48%	49%	55%	54%	48%	44%	43%	54%	36%

DA: Dependencia al alcohol; DD: Dependencia a las drogas; DN: Dependencia a la nicotina.

Vale la pena en este punto, introducir la reflexión en torno a que la pasividad y actividad incorrectas de primer nivel, pueden llevarse a cabo en cualquier momento, aunque algunas estructuras de personalidad tendrían mayor tendencia a las mismas, como es el caso de las estructuras desreguladas emocionalmente, para el consumo de drogas y las automutilaciones, así como las estructuras de personalidad que dependiendo de la misma pueden tener mayor afinidad con el consumo de ciertas sustancias como forma de automedicación.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

2. **Pasividad y actividad incorrectas de segundo nivel.** Son estrategias de afrontamiento que al igual que las estrategias de primer nivel, buscan la distensión de lo psicofísico. Son estrategias más elaboradas que requieren de un proceso más preciso –como se expuso en el punto correspondiente al desarrollo de las pasividades y actividades incorrectas–, se usan para distensionar al organismo psicofísico, siendo la expresión máxima de la voluntad de placer y de poder. En ellas se actúa preponderantemente sobre la dimensión psicológica y en segundo lugar en el componente biológico como una forma de reacción ante el propio malestar psicofísico, bien sea por la experiencia real del malestar o por la mera anticipación de la posibilidad del mismo. Estas estrategias suelen ser más refinadas que las estrategias de primer nivel, siendo menos contundentes pues las mismas modifican la experiencia de la persona en el mundo o previenen que se vivan ciertas experiencias, pero que no dependen exclusivamente de la persona, generando estados homeostáticos no tan inmediatos pero más "elegantes". Las estrategias de segundo orden modifican más el ambiente y las circunstancias, obteniendo un efecto de retroalimentación por parte del mundo que le permite a la persona mantener la identidad defendida. En estas estrategias se encuentran las diferentes formas de afrontamiento de la personalidad, bien sean pasivas o activas, dirigidas a:

   a. Actuar sobre el propio malestar psicológico modificando la imagen de sí mismo y la forma de pensar a través de la modificación o lucha con el mundo, incluyendo un correlato biológico de distensión del malestar.

   b. Prevenir situaciones que hacen surgir estados problemáticos en donde la identidad construida se siente en riesgo, preparándose para experimentarlos de manera diferente, destruirlos si es posible o simplemente distensionando el malestar que se genera por la anticipación de la posible presencia de una amenaza.

   c. Como una respuesta ante la frustración existencial y el estado de vacío que se genera en medio de la inautenticidad.

   Como ha sido planteado en otro trabajo (Martínez, 2007):
   ... de esta forma, algunos evitan la evaluación y los sentimientos y pensamientos desagradables, otros cultivan relaciones de dependencia, algunos buscan motivos ocultos y atacan antes de ser atacados, otros escenifican, lloran y ocupan todo el espacio, algunos tratan de controlar todas las situaciones, otros complacen y buscan aprobación todo el tiempo, en fin, tratan de evitar el displacer del organismo psicofísico.

   Las estrategias de afrontamiento de primer y segundo nivel son similares para diferentes grupos de dificultades, de esta forma y a manera de ejemplo, las neu-

rosis de angustia (actuales trastornos de ansiedad generalizada, ataques de pánico, fobias, trastornos de personalidad evitativa...) tienen estrategias similares enmarcadas en lo que Frankl denominaba **pasividad incorrecta** y entendida como una serie de conductas de evitación de la "supuesta" situación problemática (no salir de casa, no quedarse en un lugar solo... etc.) o el enfrentamiento del estado problemático a través del consumo de sustancias paliativas. La **pasividad incorrecta** y **actividad incorrecta** son desarrollos que buscan alcanzar la utópica homeóstasis del organismo psicofísico, de tal manera que a mayor nivel de restricción de la espiritualidad humana, debido a las afecciones que padece su instrumento de expresión, más arraigadas la pasividad y actividad incorrectas (Martínez, 2007). Las estrategias de primero y segundo nivel son preponderantemente psicofísicas, que por su carácter cerrado impiden la trascendencia de la dimensión personal. Como bien se menciono con anterioridad, la personalidad se va haciendo estática y autoprotectiva de su estructura, pues como expone Mahoney (1988):

> Hay un valor sentido de supervivencia en proteger y perpetuar viejas construcciones de la realidad, especialmente aquellas que son centrales para nuestra experiencia. Estas construcciones pueden muy bien realimentar positivamente una activa renuncia a ser examinadas o cambiadas.

Es allí, en donde la pasividad y actividad incorrecta promueven una vieja frase atribuida a Einstein: "Locura, es seguir haciendo lo mismo y esperar resultados diferentes".

Ejemplos de pasividad y actividad incorrecta de segundo nivel en los actuales trastornos de personalidad:

Personalidad	Amenaza o Riesgo	Estrategia
Evitación	Ser humillado y burlado, ser visto para ser descalificado y ridiculizado.	– Huir de las situaciones problemáticas – Evitar contextos donde pueda ser evaluado – Esquivar situaciones en donde pueda tener pensamientos o sentimientos desagradables. – Imaginar y fantasear como manejar las situaciones problemáticas, pero no hacerlo.
Dependencia	Estar desamparado, abandonado y rechazado.	– Búsqueda y persecución de alguien quien lo ayude. – Cultivo y dedicación a personas de quien depender. – Búsqueda de aprobación constante. – Ceder ante al conflicto para no perder a quien se depende

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Personalidad	Amenaza o Riesgo	Estrategia
Esquizoide	Ser violentado en su intimidad, dejado sin espacio para ser.	– Objetiva todo lo que tenga que ver con emociones y relaciones. – Aislamiento constante de lo social. – Distancia de quienes le rodean.
Histriónico	No ser visto, ser negado en su existencia.	– Llamar la atención de los demás – Autodistracción constante para no mirarse. – Busca ser el centro de atracción (llora, se exhibe, estalla en ira, amenaza con suicidio…)
Obsesivo – Compulsivo	Ser visto como insuficiente, débil y poco valioso.	– Controlar todas las situaciones y personas. – Búsqueda de perfeccionismo propio y de los demás. – Lucha por evitar perder el control y actuar de manera poco adaptada. – Evalúa, critica y corrige a los demás. – Sistematiza pasos, procedimientos y listados de actividades.
Pasivo – Agresivo	Ser tratado injustamente, utilizado.	– Desquite disimulado e inocente ante lo que le molesta. – Sabotaje disimulado como forma de resistencia pasiva. – Aparente sumisión ante la autoridad y las reglas.
Paranoide	Ser utilizado, sobreexigido, abusado.	– Atribuye a los demás todo lo que odia de sí mismo. – Hipervigilante de personas y situaciones. – Busca motivos ocultos y posibles deslealtades.
Límite	Ser usado como objeto, ser utilizado y desechado.	– Utiliza más la pasividad y actividad incorrecta de primer nivel. – Asume posturas de infantilismo.
Antisocial	Ser tratado como ciudadano de segunda clase.	– Utiliza más la pasividad y actividad incorrecta de primer nivel. – Actuar impulsivamente sin aparente culpa. – Explotación y manipulación de los demás. – Ruptura constante de reglas.
Narcisista	Ser denigrado, descalificado, ser visto pero no querido.	– Compite constantemente con los demás. – Se salta las reglas racionalizándolas como inaplicables a sí mismo. – Se autoexalta y excusa a sí mismo con frecuencia.

> Es importante en este punto decir que aunque las pasividades y actividades incorrectas de primer y segundo nivel mantienen, agravan y crean nuevos problemas, las mismas pueden definirse como un inocente intento por proteger la dignidad vulnerada de la persona, son una forma de decir "estoy cuidando lo mío propio, lo que queda de mí, lo más valioso que tengo".

Cuando la pasividad y la actividad incorrectas fallan

La pasividad y actividad, como cualquier estrategia de afrontamiento, tienen la finalidad de mediar la emoción en tiempos estresantes (Folkman y Lazarus, 1988), como sugiere Kramer (2010) buscan:

> 1) reducir o hacer desaparecer el afecto negativo disruptivo y, 2) regresar y restaurar el funcionamiento de la persona a niveles iniciales y confortables. Así, las funciones del afrontamiento y la defensa pueden ser descritas como: 1) regulación del afecto y, 2) el mantenimiento del sistema homeostático.

Sin embargo, al parecer algunas estrategias –denominadas en la psicoterapia centrada en el sentido como pasividad y actividad incorrectas– suelen fallar con frecuencia, pues las estrategias enfocadas en la retirada y afrontamiento de la emoción predicen peores resultados, como en el caso del enfoque en la emoción negativa (estrategias de expresión que sugieren pérdida de control, malestar –llorar, gritar, culparse– u hostilidad hacia otros) y el enfoque de la mezcla de emociones (Connor-Smith y Flaschsbart, 2007). Los estilos de afrontamiento enfocados en la emoción, correlacionan positivamente con el afecto negativo (Ben-zur, 2009) que es precisamente de lo que se quiere escapar.

Cuando no se puede huir del riesgo percibido, cuando no se pueden evitar las situaciones o los estados en donde se aumenta el riesgo de que aparezca la "supuesta" amenaza, cuando la persona ya no puede luchar contra el malestar, bien sea enfrentando explícitamente lo que "supone" como amenaza o ya no puede modificar las situaciones o los estados en donde se aumenta el riesgo de que aparezca el malestar, la indefensión deja a la persona desnuda ante la existencia, entrando en una desesperanza que conduce a la autoaniquilación, la depresión, la soledad, la impotencia y el desamparo, es decir, ante la imposibilidad de huir o de luchar, suelen hacerse los muertos, abandonarse o entregarse al daño. En la evidencia científica, el afrontamiento centrado en la emoción suele asociarse en algunas personas con la depresión (Howerton y Van gundy, 2009). Ahora bien, también este suele ser el momento en donde la vida le brinda a algunas personas la maravillosa oportunidad de cambiar y desarrollar así la actividad y pasividad correctas.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Diferenciando causas de motivos

Es un verdadero privilegio ampliar el campo de visión de la psicoterapia con el complemento de la logoterapia (Frankl, 1995), pues en muchas psicoterapias tradicionales casi todas las acciones de una persona pueden ser interpretadas como estrategias de afrontamiento o simples epifenómenos de algún trastorno. Víktor Frankl (1905-1997) incluyó con fuerza en el ámbito psicoterapéutico el tema del sentido y los valores, permitiendo de esta forma generar la reflexión en torno a que más allá de la pasividad y actividad incorrectas, existe una pasividad y actividad justa, pues el ser humano no siempre está buscando distensionar su organismo psicofísico, incluso en su esencia, lo legítimo y específicamente humano no es precisamente vivir la vida buscando el equilibrio y la homeóstasis sino estar aspirando a la trascendencia, a vivir una vida con sentido restableciendo o redireccionando cierto grado de tensión básica para vivir, generando o poniendo en marcha una voluntad de sentido, una tensión entre el ser y el deber-ser (entendido como la mejor versión de sí mismo y no como los debeismos). Por esta línea de pensamiento se puede decir que una persona puede tener su armario (estante para la ropa) con su ropa separada por colores en degradé, a dos cm exactos de distancia, siendo desde una perspectiva inmanente y psicologista juzgada como una persona obsesiva-compulsiva, situación que claramente podría ser cierta, aunque también existe la posibilidad que el orden no sea una estrategia de actividad incorrecta, sino un desarrollo intencional de la conciencia atraída por los valores estéticos del orden, la armonía y la belleza; sin embargo, también podría pensarse que lo uno no excluye lo otro y que dicha acción puede estar siendo empujada por una parte obsesiva compulsiva y al mismo tiempo un poco atraída por valores.

Es decir, los valores y el sentido atraen, mientras que las taras psicológicas empujan. Puedo luchar por mi relación de pareja estando empujando por mi dependencia emocional o puedo hacer lo mismo atraído por los valores depositados en mi pareja que me invitan a amarle. Tomando un viejo ejemplo del padre de la logoterapia, cuando una persona pica una cebolla, llora, pero allí tiene una causa de sus lágrimas, no una razón para llorar, esta postura diferencial entre causas y motivos constituye uno de los grandes aportes franklianos a la psicoterapia, abriendo espacio para las estrategias de tercer y cuarto nivel.

> Si bien, cualquier defensa puede ser muy adaptativa en ciertas situaciones ... existe una jerarquía clara de las defensas en relación con la adaptación global de cada una de ellas. Las defensas situadas en el extremo inferior de la jerarquía suelen ser desadaptativas, excepto en pocas situaciones, mientras que las defensas que ocupan el extremo más alto tienen un valor adaptativo en una gama más amplia de circunstancias (Perry & Bond, 2007).

Siendo estas las estrategias de tercer y cuarto nivel que se describen a continuación.

ACTIVIDAD CORRECTA Y PASIVIDAD JUSTA

Frankl (1992, 1994a, 1994b, 1994c, 2001) y Lukas (2003) también hacen referencia a la actividad y pasividad adecuadas como formas de afrontamiento en donde se toma distancia de los síntomas en lugar de huir o luchar contra ellos, así como dirigirse hacia el sentido de la vida descentrándose y saliendo de sí. Como ya fue expuesto, la estructura de personalidad que alguien se ha dado a sí mismo en su interrelación con el mundo, desarrolla modos de ser, de moverse y convivir con la realidad selectiva que capta, de tal manera que la realidad leída por la persona va mediada por su organismo psicofísico, moviéndose a partir de dicha captación y de lo que escoge para sí; cuando el organismo psicofísico ha tenido un buen desarrollo haciéndose flexible, maleable y permeable para facilitar la expresión de la libertad, el campo fenoménico captado es una perspectiva fácil de ampliar, facilitando de esta forma ver otras posibles realidades de existencia. Esa manera de vida auténtica, idea y ejecuta estrategias de afrontamiento que le ayudan a moverse en una realidad captada en la que puede concebirse de múltiples maneras, es allí en donde lleva a cabo la pasividad y actividad correcta.

La persona es aquello que puede ser diferente cada vez en cualquier estado de las cosas y aunque la dimensión psicológica es una dimensión cerrada, cuya función es preservar la identidad psicológica construida, si el temperamento se ha encausado de forma adecuada y el carácter se ha sabido educar, para la persona es más fácil instrumentalizar dicho organismo desplegando sus facultades esenciales en una personalidad auténtica. La persona podrá reflexionar sobre sí misma y al mismo tiempo salir de sí para realizar su existencia. Cuando las membranas porosas del organismo psicofísico facilitan la expresión de lo espiritual, surge en consecuencia una captación de la realidad más nítida, clara y trasparente. En la autenticidad, la persona puede desplegar un sinnúmero de estrategias que le permiten aprovechar las amenazas para trascenderse, situación que es posible cuando la persona despliega su libertad, su dimensión noológica sin tener que huir, luchar o hacerse el muerto.

En términos de la psicoterapia centrada en el sentido las personalidades auténticas usan la pasividad y la actividad correcta (Frankl, 1992, 2001, Martínez, 2007, Lukas, 2004) como estrategias que buscan abrirse al mundo externo e interno, dejando salir la libertad humana para alcanzar la mejor versión de si mismo posible en cada situación, es decir, la pasividad y la actividad correctas son desarrollos establecidos para intensionar la espiritualidad que se manifiesta ante la captación personal de valores y sentidos por realizar.

Niveles de la pasividad y actividad correctas

Si bien se ha mencionado que las respuestas de *coping*, las defensas y las pasividades y actividades son de carácter automático y no consciente, desde la psicoterapia

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

centrada en el sentido el asunto no es tan cierto, pues las mismas dependen del nivel de restricción que ejerce el organismo psicofísico sobre la persona, y como se comento anteriormente, las estrategias de primer y segundo orden se presentan especialmente cuando el nivel de reflexividad de la persona y sus recursos noológicos, se encuentran restringidos; en el caso de la pasividad y la actividad correctas se requiere de mayor esfuerzo reflexivo, de mayor expresión de lo noológico.

1. **La actividad y pasividad correctas de tercer nivel**. Son aquellas en donde a través de los recursos noéticos –especialmente el autodistanciamiento–, se monitorean y controlan las estrategias de primer y segundo nivel (pasividad y actividad incorrectas), se cuestionan conscientemente los pensamientos y las conductas, y se hace oposición a los mandatos de lo psicofísico en búsqueda de distensión. Incluyen la autocrítica y el uso de los recursos internos para regularse. Son estrategias que buscan la solución del problema y no tienen como primera intención la distensión de la emoción, siendo por ello estrategias menos asociadas a la depresión (Howerton y Van Gundy, 2009). Las estrategias de tercer nivel implican el afrontamiento proactivo, la orientación hacia el futuro percibiendo riesgos y oportunidades sin evaluarlos como amenazas, sino más bien como retos (Greenglass y Fiksenbaum, 2009). En las estrategias de tercer nivel se incluyen la solución de problemas, el soporte instrumental (búsqueda de ayuda, soporte social), soporte emocional (vínculos de soporte afectivo), regulación emocional o más bien autorregulación (expresión asertiva, regulaciones físicas como el deporte) y la reestructuración cognitiva (Connor-Smith y Flaschsbart, 2007). El estilo de afrontamiento enfocado en el problema correlaciona positivamente con el afecto positivo y negativamente con el afecto negativo (Ben-zur, 2009).
   La pasividad y la actividad correctas se dan a través de las capacidades noológicas de la persona. Movilizando la capacidad autodistanciante de la autocomprensión para ir develando las pasividades y actividades incorrectas y aceptando la sensación de amenaza que se experimenta, observando y comprendiendo los procesos emocionales y cognitivos que la persona vive, asumiendo la responsabilidad sobre la participación de la persona en lo que le sucede y aceptando lo que se está dando, sin confundir aceptación con resignación.[7] La actividad y la pasividad correctas pasan por el despliegue de la capacidad autodistanciante de la autorregulación para poder oponerse desde allí, a los mandatos psicofísicos que empujan la ejecución de estrategias de primer y segundo orden, disponerse (posición interna) de una forma diferente ante lo que acontece, respondiendo de manera distinta; la autorregulación implica el aumento de la tolerancia al malestar, la resignificación del mundo emocional, el control de los pensamien-

7 En la aceptación hay un fluir emocional continuo que transita sin la sensación de estancamiento emocional (rabia y tristeza) que produce la resignación.

tos, su discusión consciente y su reestructuración precisa. Movilizar la autorregulación implica enfrentar contextos en donde el riesgo o la amenaza a la existencia se hace evidente, resignificando lo que deba aprender a ver de otra forma o aceptando lo que sucede sin desesperación.

La persona moviliza su capacidad de autoproyección viéndose a futuro como alguien que puede vivir la vida de forma autónoma, regulándose a sí mismo sin dejar que la sensación de amenaza de tal expectativa lo paralice. A través de la movilización de su capacidad de afectación y de autocomprensión, se permite experimentar y aceptar las sensaciones que le despierta la "hostilidad percibida" en el mundo o en los otros, dándoles su verdadera dimensión. En la pasividad y actividad correctas se permiten aceptar sus sentimientos y aprender a expresarlos asertivamente, permitiéndoles que asuman la responsabilidad de sus actos. De igual forma, movilizan su capacidad de diferenciación para tomar distancia de posturas, actitudes y conductas que no les pertenecen y que han sido adoptadas de forma prestada, su autocomprensión y su capacidad de afectación les permiten reconocer sus aspectos positivos, sus valores y cualidades afirmándose ante los demás.

Movilizar estas capacidades es una tarea que requiere de un clima que lo facilite, siendo una buena recomendación, la utilización casi tradicional que hace la logoterapia del humor, pues como dice Frankl (1992):

> El paciente ha de objetivar la neurosis y distanciarse de ella. El paciente debe aprender a encararse con la angustia e incluso a reírse de ella en su propio rostro. Para esto hace falta un poco de valor, a fin de afrontar el ridículo. El médico no debe tener reparos en decir al paciente e incluso representar escénicamente lo que éste debe decirse a sí mismo. Nada hay como el humor para que el paciente se distancie de sí mismo. El humor merecía ser lo que llamáramos un existencial, lo mismo que la preocupación (M. Heidegger) y el amor (L. Binswanger).

2. **La actividad y pasividad correctas de cuarto nivel.** Son aquellas en donde se aceptan los propios límites y se despliega lo espiritual para la consolidación del sentido de vida, la captación de valores y las relaciones con lo trascendente. Se trascienden los síntomas dirigiéndose hacia el sentido.

   Los últimos años han sido testigos de la influencia de la espiritualidad en la salud, pues parece tener un fuerte impacto en las emociones, pensamientos y comportamientos de la gente relacionados con resultados positivos en la salud (Krok, 2008, Strumper, 2009); la atención también se ha focalizado en la aceptación de los estresores y el afrontamiento religioso (Connor-Smith, J., y Flaschsbart, C. (2007) y la relación del sentido de la vida con el bienestar, el afecto positivo, el adecuado afrontamiento y la felicidad (Greenglass y Fiksenbaum, 2009, Pan, Keung Wong, Wan Chan y Joubert, 2008, Vella-Brodrick, Park y Peterson, 2009, Peterson, Park y Seligman, 2005, Folkman y

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Moskowits, 2000, Krok, 2008, Schnell y Becker, 2006, Adler y Fagley, 2005, Ho, Cheung y Cheung, 2010).

La espiritualidad desplegada abre la persona al mundo de los valores y el sentido, al mundo de los otros, en donde a través de la capacidad autotrascendente de la diferenciación, se logra reconocer al otro como un legítimo otro, facilitando así el "estar junto a" de la espiritualidad humana, el encuentro, la generación de vínculos y el tejido de soporte social que requieren las personas. Al movilizar la capacidad autotrascendente de la afectación, la persona entra en contacto con los valores, viviéndolos y captándolos a través de un percibir afectivo que le permite dejarse tocar por el sentido y los valores, resonar interiormente ante la presencia del valor y sentirse llamado a movilizar la capacidad autotrascendente de la entrega, capacidad en donde actuando por valores y no por taras, la persona se dona a una misión por realizar, a una tarea por cumplir, es decir, se dona a una vida por realizar.

Tal vez el aporte fundamental de la logoterapia, aparte de la perspectiva antropológica que rehumaniza la psicoterapia, es el de haber incluido la dimensión del sentido, pues las psicoterapias efectivas llegan en ocasiones a un tercer nivel de afrontamiento y cambio (actividad correcta y pasividad justa), pero como dice Frankl (1994b):

> Mas ello no resolvía las cosas. Lo que sucedía, más bien, era que si se suprimía una neurosis –y con mayor frecuencia, cuando no se la suprimía–, quedaba un vacío. El paciente se adaptaba bien, pero surgía una ausencia de sentido.

Por ello, este plus de la logoterapia, es el que consolida el cambio, como un cambio profundo y duradero, pues va a lo esencial de la persona, hacia el desarrollo del ser en su esencia y sentido.

DE LA PASIVIDAD Y ACTIVIDAD INCORRECTAS A LA ACTIVIDAD Y PASIVIDAD JUSTAS

Alcanzar la pasividad y actividad correctas de tercer nivel desde un proceso terapéutico, implica tener en cuenta que el salto de la inautenticidad a la autenticidad transita por la angustia, pues se moverá la identidad construida y se cruzará el desierto de la pérdida de coherencia; cambiar significa entrar en terrenos desconocidos sobre los que no siempre se tiene control, necesitando de una fuerte y constante motivación, de un alto nivel de autoproyección (Martínez, 2011) que le permita sentirse atraído a cruzar un sendero espinoso de renuncia a la definición que se ha dado a sí mismo y a la manera como eso repercute en las relaciones interpersonales. Es por ello que el terapeuta debe respetar profundamente la velocidad del cambio del consultante, acompañándolo y motivándolo en esta mutación; como dice Dorr (1995):

> En resumen, el análisis existencial descubre modificaciones específicas en la estructura *a priori* del Dasein como ser-en-el-mundo, las que serían la condición de posibilidad de las llamadas entidades clínicas en psiquiatría, y junto con el paciente, en una relación bipersonal con los caracteres del encuentro, profundiza en su historia vital a la búsqueda de aquellos momentos críticos, donde el paciente, como respectivo ser-en-el-mundo, se extravió, olvidó una región de sí mismo, no asumió una tarea que se le imponía como destino, por diversas circunstancias se estrechó en torno a un único proyecto de mundo, o empezó a vivir en alternativas rígidas cada vez más irreconciliables, etc., para reconquistar desde ese momento histórico el sentido profundo de su existencia como un poder-ser cada vez más sí-mismo en el tiempo.

Sin embargo, ya sabemos que la psicoterapia centrada en el sentido no es especialmente una psicoterapia retrospectiva, mas ello no quiere decir que haga caso omiso del pasado, teniendo en cuenta los parámetros de prevención de la iatrogenia (Frankl, 1995, Lukas, 2004, Martínez, 2007).

Pasar de las estrategias de primer y segundo nivel a estrategias que requieren un mayor despliegue de lo noológico, una mayor reflexividad y exposición de la vulnerabilidad, no es una tarea sencilla, el terapeuta centrado en el sentido debe jugarse a sí mismo con el consultante y utilizar la relación terapéutica como el único campo posible para atreverse a transitar los terrenos movedizos del cambio. El terapeuta debe saber lo que hace, pero al mismo tiempo estar dispuesto a entregar una parte de si para lograrlo, pues como bien decía Binswanger (1973):

> La exploración anterior de las relaciones entre el análisis existencial y la psicoterapia puede según esto, resumirse diciendo que el análisis existencial no puede prescindir de modo alguno, en ámbitos muy amplios, de los métodos psicoterapéuticos garantizados; pero que él, en cuanto tal, sólo puede ser eficaz terapéuticamente en cuanto logra abrir al prójimo enfermo la comprensión de la estructura de la existencia humana y le permite volver a encontrar el camino que, sacándolo de su modo de existencia y mundo neurótica y psicóticamente exagerados, extravagantes, agujereados o atornillados, etc., lo que lleve a la libertad del poder disponer de sus posibilidades de existencia más propias. Esto presupone que el analista existencial, en cuanto psicoterapeuta, no sólo tiene que disponer de una amplia comprensión de la materia tanto desde el punto de vista analítico-existencial como psicoterapéutico, sino que también, en lucha por la libertad del interlocutor existencial, tiene que arriesgar la seguridad de su propia existencia.

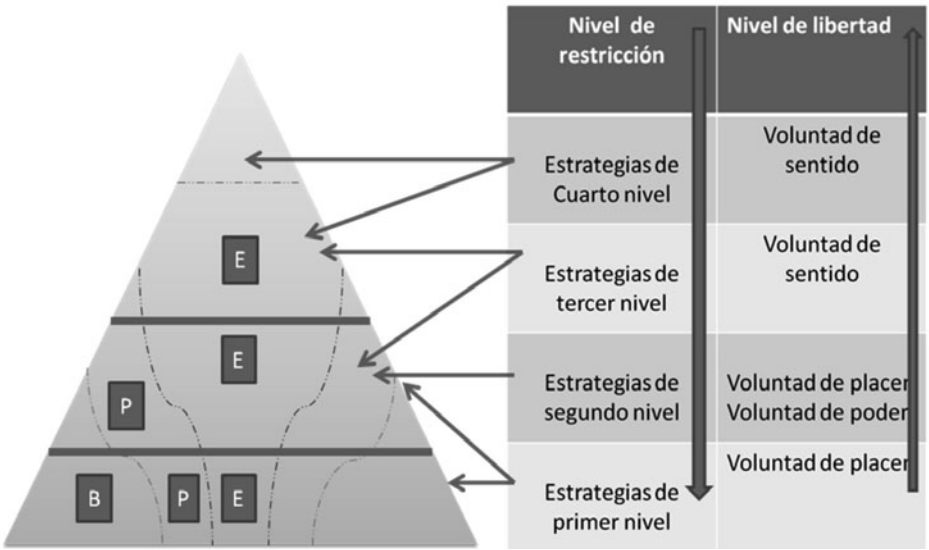
La tarea definitivamente vale la pena, pues una persona desplegada en su esencia y sentido es capaz de responder a las demandas externas con la flexibilidad suficiente para cambiar las estrategias cuando quiera, tiene una actitud activa, alerta y vigilante, llevando sus labores con persistencia y decisión, con el fin de alcanzar sus logros y orientar su conducta hacia ciertas metas, es decir, elabora planes, estrate-

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

gias y elige la mejor alternativa dentro de las múltiples opciones que se le presentan o que él crea (Caponni, 1997). Una personalidad auténtica puede entonces verse a sí misma, objetivándose, criticándose y aceptando lo que sucede, así como su participación en el mundo; una personalidad auténtica se autorregula, es capaz de oponerse o permitir libremente los mandatos psicofísicos, y en la dimensión temporal puede verse a sí mismo como alguien diferente, soñando con un yo posible. La personalidad auténtica está abierta al mundo, reconoce que los otros son otros y se relaciona legítimamente con ellos, se deja afectar por el valor de los otros y por los valores y sentidos que hay en el mundo, sintiéndose llamado a actuar en el mismo, incluso "olvidándose" de sí para entregarse a una misión con sentido.

El paso de la pasividad y actividad incorrectas a estrategias de tercer y cuarto nivel, implica respetar una regla de expresión noológica ascendente, pues las estrategias de primer nivel son aquellas que requieren de menor expresión de los recursos noológicos, es decir, de la dimensión humana y autoconsciente, ascendiendo de esta manera en el nivel de reflexividad y expresión espiritual, a través de las estrategias de segundo, tercer y cuarto nivel. Dicha regla implica terapéuticamente, estar supeditado a trabajar en primera instancia las estrategias de primer nivel, antes de exigirle a la persona un despliegue para el que aún no se encuentra preparada.

VISIÓN ANTROPOLÓGICA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO



La dimensión noológica o espiritual atraviesa la estructura de la persona humana, instrumentalizando al organismo psicofísico (dimensión biológica y psicológica) y utilizándolo como órgano de expresión, cuando el organismo psicofísico es flexible y saludable, sus límites son "porosos" como se muestra en la gráfica, permitiéndole a la persona espiritual expresarse fielmente a sí misma en una personalidad auténtica, captada fenomenológicamente como una imagen fiel de lo que la persona en su esencia es, con las tonalidades y matices de un temperamento y un carácter que le facilitan a la persona ser.

El primer nivel de la estructura tiene preponderancia biológica, pero en él se arraigan las raíces de lo psicológico y se mantiene como centro lo espiritual que instrumentaliza al organismo; el segundo nivel es preponderantemente psicológico con influencias biológicas y atravesado por lo espiritual; el tercer nivel es la dimensión noológica o espiritual, abierta al final al diálogo con una dimensión trascendente. Como muestra la gráfica, las estrategias de afrontamiento actuarían preponderantemente en ciertas dimensiones de la persona humana, impidiendo o facilitando la expresión de la persona espiritual a través de su organismo psicofísico.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

4

El psicodiagnóstico en la psicoterapia centrada en el sentido

La psicoterapia centrada en el sentido cuenta con una estructura teórica acerca de la praxis que describe los procesos de la persona, una teoría del enfermar y una teoría del cambio (Martínez, 2007); desde allí, la evaluación terapéutica representa la valoración de las potencialidades y restricciones de una persona en un momento histórico-social, con una conceptualización de la noodinamia y concepción de mundo del consultante, así como las posibles rutas que faciliten el cambio y el despliegue de una personalidad auténtica.

La evaluación y el diagnóstico son los primeros momentos del proceso terapéutico, en cuya condición previa, se requiere de la relación terapéutica y el encuadre del proceso a realizar –como se expone en el capítulo correspondiente al tratamiento–, siendo el encuentro, ya de por sí, la parte inicial del proceso y la condición fundamental del mismo.

El proceso psicodiagnóstico centrado en el sentido tiene como objetivos:

1. Facilitar el autodistanciamiento del consultante, buscando el posicionamiento del mismo ante el proceso y ante lo que le acontece, el autoconocimiento, la motivación al cambio, el monitoreo de las actividades y pasividades incorrectas, y la regulación inicial de síntomas.

2. El desarrollo de la formulación del caso y el planteamiento de los objetivos terapéuticos.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Para desarrollar dicho proceso, la psicoterapia centrada en el sentido cuenta con una serie de procedimientos técnicos, dentro de los cuales se incluyen las técnicas de evaluación diagnóstica, las pruebas logoterapéuticas, las entrevistas, la formulación de caso del consultante y el registro de seguimiento de caso (Martínez, 2007, 2009b).

TÉCNICAS DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

La logoterapia es una teoría abierta a su propia evolución (Frankl, 1995), ya Frankl décadas atrás, planteaba la importancia de la utilización de tests y la logoterapia ha trabajado en ello en muchas oportunidades (Halama, 2009, Guttmann, 1998); sin embargo, en la actualidad se cuenta con infinidad de técnicas psicodiagnósticas producidas desde posturas integracionistas y algunas ateóricas que son recursos aprovechables en el ámbito de la psicoterapia centrada en el sentido, aunque muchas de ellas, lamentablemente, obvian las características antropológicas fundamentales, expuestas en capítulos anteriores; sin embargo, podemos encontrar inventarios, test o escalas que pueden ayudar al terapeuta centrado en el sentido a comprender lo que acontece en lo psicofísico y que puede en un momento dado, ser la restricción que hace impotente o invisible a la persona espiritual.

PRUEBAS LOGOTERAPÉUTICAS USADAS EN LA PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL SENTIDO

Los logoterapeutas también han trabajado en la construcción y validación de pruebas para evaluar diferentes aspectos y realizar estimaciones empíricas de la dimensión noética; dentro de las más importantes se encuentran:

El *PIL Test (Purpose in life test)* desarrollado por Crumbaught y Maholick en 1964, siendo el test logoterapéutico de mayor uso y difusión en el mundo (Reker, 2000a, Halama, 2009), su objetivo es evaluar el "sentido de vida" o su contraparte "vacío existencial" a través de una estructura cuantitativa y cualitativa, en la parte A cuenta con 20 ítems tipo Likert, mientras que la parte B y C es de corte cualitativo con un uso clínico exclusivamente. El PIL ha sido validado en países de varios continentes, teniendo un acercamiento robusto a los factores que lo componen (Shulemberg & Melton, 2010, Noblejas, 2000), así como investigación que intenta determinar una versión corta de cuatro ítems (Shulemberg, Schnetzer & Buchanan, 2010a).

El *Logotest* desarrollado por Elisabeth Lukas, a partir de estudios iniciales desarrollados en Viena hace cuatro décadas, en donde se determinaron nueve aéreas de sentido (bienestar propio, autorrealización, familia, ocupación principal, sociedad,

intereses, experiencias, servicio a ideales y necesidad vital), a partir de las cuales se desarrolló el *Logotest* (Lukas, 1994, 1996). El *Logotest* cuenta con medidas cuantitativas y cualitativas, la primera parte cuantifica el número de valores que las personas consideran como posibles de realizar en sus vidas, la segunda parte mide las manifestaciones de la frustración existencial, y la tercera parte exige una autovaloración de las metas y el éxito en la vida, así como de la actitud hacia ello (Lukas, 1994, Halama, 2009), en el mundo de habla hispana, el análisis factorial y la validación del instrumento ha sido desarrollado por Noblejas (2000).

El *LPQ Test* desarrollado por Hablas & Hutzell (1982) con la intención de realizar una medida de sentido más amigable y sencilla de administrar (Guttmann, 1998) para poblaciones que les cuesta comprender otras evaluaciones. La prueba consta de 20 ítems con dos opciones de respuesta. Si bien, el LPQ no tiene el mismo reconocimiento que el PIL, es una buena opción cuando hay limitaciones de tiempo o en poblaciones con dificultades (Halama, 2009).

La *Escala Existencial* de Laengle, Orgler & Kundli (2003) tiene como objetivo documentar la dimensión noética de la persona (Landaboure, 2002), especialmente el proceso de llegar a una vida plena de sentido, a través de cuatro pasos evaluados por la escala: autodistanciamiento, autotrascendencia, libertad y responsabilidad (Halama, 2009). Tiene 46 ítems y una utilidad clínica importante.

El *Life Regard Index* desarrollado por Battista & Almond (1973) pretende medir el "sentido existencial" a través de 28 ítems en dos dimensiones para una vida positiva (Halama, 2009), incluyendo en este constructo no sólo los argumentos de Viktor Frankl sino también de otros existencialistas (Debats, 2000).

El *Personal Meaning Index* desarrollado por Reker en 1992 a partir de la revisión del *Life Attitude Profile* de Reker & Peacock (Halama, 2009), medida de 48 ítems que evalúa las dimensiones de propósito, coherencia, elección/responsabilidad, aceptación de la muerte, vacío existencial y búsqueda de metas (Reker, 2000a); dicha evaluación arrojo la **Escala de Trascendencia existencial** y el **Índice de Sentido Personal**. El PMI busca evaluar el sentido personal comprendido como el tener metas en la vida, una misión, un sentido de dirección y un entendimiento lógico e integrado de sí mismo, los demás y la vida en general; El PMI cuenta con evaluaciones acerca de su estabilidad en las diferentes etapas de la vida, la edad y el género (Reker, 2004).

Algunos otros instrumentos son el *Life Meaningfulness Scale* desarrollado por Halama en el 2002, en busca de evaluar los componentes cognitivos, afectivos y motivacionales del sentido (Halama, 2009), el *Meaning in Suffering Test* de Patricia Starck que mide el grado de sentido que una persona ha encontrado en una experiencia de sufrimiento ineludible (Guttman, 1998, Reker, 2000a), el *Spiritual Meaning Scale* de Mascaro, Rosen & Morey (2004), construida con 83 ítems y centrada en evaluar la creencia en una fuerza espiritual que guía el propósito, el SMILE *(Shedule for Meaning in Life Evaluation*) de Fegg y colaboradores (2008),

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

evaluación que busca indagar por el "sentido individual de la vida", el *Test de Noodinamia* construido en Polonia por Popielski, intentando definir las dimensiones noéticas de la personalidad a través de 36 manifestaciones, divididas en cuatro categorías (Halama, 2009), el *SONG Test* de Crumbaught (1977), creado con la intención de complementar el PIL, evaluando el concepto de "Voluntad de sentido" (Halama, 2009), y el *Belfast Test* de Giorgi (1982), centrado en evaluar la dificultad para alcanzar el sentido en estados de frustración existencial o alienación. Vale la pena en este punto revisar la evaluación de muchos de estos test desarrollada por Schulemberg y Melton (2010), así como las recomendaciones para optimizar la investigación en logoterapia.

En el contexto latinoamericano y desde la psicología clínica, se han desarrollado dos escalas, la Escala de Recursos Noológicos (Martínez, 2010, 2011) y la Escala de Sentido Vital. La Escala de Recursos Noológicos fue construida con la intención de evaluar las manifestaciones concretas de los recursos noológicos en población clínica y no clínica, teniendo el interés de formular procesos de tratamiento ajustados a las necesidades específicas de la persona; la escala refleja un modelo dimensional de la existencialidad humana, expresada a través de un organismo psicofísico en seis dimensiones: Potencia Noética/Impotencia, Gobernabilidad/Ingobernabilidad, Distanciamiento/Apego de sí, Diferenciación/Indiferencia, Dominio/Sometimiento de sí y Autoproyección. La escala de Sentido Vital, también fue creada con un interés clínico evaluando la percepción afectiva y cognitiva de valores que invitan a la persona a actuar de un modo u otro ante una situación particular o la vida en general, confiriéndole a la persona identidad y coherencia personal (Martínez, 2007, 2009d), para desde allí desarrollar intervenciones terapéuticas que aumenten la percepción de sentido.

ENTREVISTAS

La entrevista centrada en el sentido se realiza en su mayoría bajo un procedimiento socrático, utilizándose a sí mismo como terapeuta, para detectar las posibles restricciones de la persona y ayudarla a aumentar su autodistanciamiento. La entrevista requiere de un estilo terapéutico particular que parte del encuadre terapéutico, la relación terapéutica y las características personales del terapeuta. La entrevista se centra en la formulación de preguntas que brinden material para el adecuado desarrollo de la formulación de caso y la movilización del autodistanciamiento del consultante; para ello deben tenerse en cuenta:

1. Las respuestas específicas que el consultante da al terapeuta, determinando de esta manera la manifestación de recursos personales como la capacidad de autocomprensión, la autoproyección o la diferenciación.

2. La autocomprensión del terapeuta que puede determinar a través de las sensaciones despertadas por el consultante, las posibles restricciones noológicas del mismo, bien sea por no poder representarse internamente al consultante, sintiéndolo inteligible, opaco o inaccesible, así como por las emociones que el consultante le despierta al terapeuta, por ejemplo: miedo a la agresión o a la descalificación, sueño, confusión, perdida de congruencia, sensación de impotencia o de no ser escuchado, ganas de protegerlo o empujarlo a la acción, así como desinterés y apatía, emocionalidad reflejada por el terapeuta y asumida por el consultante reforzando su identidad.

3. Las señales no verbales del consultante, así como su fisiognómica y mímica (Jaspers, 1996), identificando la coherencia con el discurso.

FORMULACIÓN DE CASO: LA ESTRUCTURA DEL PSICODIAGNÓSTICO

La formulación de caso en la psicoterapia centrada en el sentido es la construcción diagnóstica desarrollada entre el terapeuta y el consultante, sistematizando los datos que constituyen una evaluación adecuada desde esta perspectiva, con el fin de optimizar la terapéutica y aumentar la calidad del abordaje (Martínez, 2007, 2009b).

Algunas características de la formulación de caso son:

1. La formulación no es una indagatoria estandarizada a la manera de un interrogatorio, la misma es un compartir fluido que va y viene a través de los diferentes ítems de configuración, llevando a cabo conversaciones fluidas que parten y se centran en los aspectos fenomenológicos expuestos por el consultante, asociando dicho campo fenoménico con las necesidades de información que se requieren para la formulación.

2. La formulación de caso es una estructura que ubica al terapeuta en la comprensión de la persona que busca ayuda, evitando que divague y se extravíe a lo largo del proceso terapéutico.

3. La formulación es una guía metodológica que le permite al terapeuta desarrollar un psicodiagnóstico preciso y un plan de tratamiento adecuado.

4. La formulación de caso estandariza los procesos para facilitar la adecuada supervisión de los casos clínicos.

5. La formulación es una metodología dirigida a la formación de terapeutas estimulando el desarrollo de habilidades psicodiagnósticas.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

A continuación se describen los puntos que conforman la formulación y se anexan preguntas orientadoras (a manera de ejemplo) que pueden servir como guía o inspiración para las preguntas particulares y exclusivas que se hacen a cada consultante.

Historia clínica

Antes de llevar a cabo la formulación de caso, se desarrolla una breve historia clínica de impresión inicial, incluyendo los datos generales del consultante (nombres y apellidos, número de historia clínica, nivel de escolaridad, edad cumplida, actividad laboral, dirección residencial, teléfonos, fecha de inicio del proceso y fecha de cierre); el terapeuta responsable del caso; el motivo actual de consulta percibido por el consultante en su campo fenoménico, así como el estado de la percepción; fallas o déficit de los sentidos (cuantitativo: hiperpercepción, hipopercepción, distorsiones visuales, agnosia; cualitativo: error perceptivo, ilusión, alucinación); orientación (espacial, temporal, sobre sí mismo y los demás); memoria (anterógrada, retrógrada); lo aprendido (conocimiento); lo experimentado (comprensión); motricidad (acciones y movimientos (diferencia entre placer maniaco y movimiento de ansiedad)); lenguaje (coherencia verbal y no verbal, lenguaje escrito, verbal y mímico, vocabulario (disartria, dislalia, afasia, agrafia, dislexia)); pensamiento y juicio (pensamiento animista y mágico, asociación de ideas, ritmo (fuga de ideas, bradipsiquia, taquipsiquia, retardo, detallismo); continuidad (bloqueo, disgregación, perseveración de ideas); contenido (ideas prevalentes, sobrevaloradas, obsesivas-intrusivas, fóbicas, hipocondríacas y delirios de referencia, culpa, persecución, celos, grandeza...); coherencia, juicio debilitado, desviado o insuficiente; hallazgos psicosomáticos (acné, úlceras, insomnio...); fisiognómica y mímica (actividad interna acompañada de movimientos simbólicos).

Datos familiares y genograma

Al igual que el punto anterior, antes de desarrollar la FCL, se realiza el esquema del genograma familiar incluyendo dentro del mismo los datos que puedan considerarse relevantes para el desarrollo del proceso (intentos de suicidio, antecedentes psiquiátricos, enfermedades hereditarias...).

Debilidades de la historia

En este punto, se registran las vivencias que han marcado la biografía, restringiendo a la persona, su contexto de desarrollo y los síntomas de la historia[8].

8 Las vivencias no son lo mismo que las experiencias; mientras las experiencias son eventos que acontecen en la historia de una persona, las vivencias son situaciones significativas que constituyen la biografía y que

Advertencias para el evaluador

1. La evaluación de las debilidades de la historia debe contemplarse como situaciones "posiblemente" condicionantes pero nunca determinantes ni necesariamente causales, motivo por el cual, el cuidado de la iatrogenia y el aumento de la hiperreflexión deben ser abordados con cautela, proponiendo para estas indagaciones realizar de la mano el punto referente a "diagnóstico alterno" expuesto más adelante (Lukas, 2006).

2. Las debilidades de la historia deben ser evaluadas a partir del campo fenoménico del consultante relacionando los contenidos expresados con otras posibles vivencias con preguntas como: ¿Esto había sucedido en otra oportunidad?, ¿Qué pasaba en esa época?, ¿Desde hace cuánto se viene dando esto?, ¿Y en esa época qué hacías?, ¿Cómo reaccionabas?.

3. De igual forma, deben formularse preguntas que tienen que ver con las debilidades de la historia, pero que se dirigen a movilizar recursos noéticos –especialmente el autodistanciamiento en sus capacidades de autocomprensión, autorregulación y autoproyección– que ayudan a redimensionar los síntomas, posicionan al consultante frente a la historia, le permiten verse en situación en su continuum biográfico y le amplían el mundo de lo posible para fomentar el poder de oposición del espíritu que le permita asumirse como alguien que puede ser cada vez distinto a lo que es. P. ej. ¿cómo lograste salir adelante a pesar de dichas condiciones económicas?, ¿cómo lograste con ese ejemplo que recibiste construir una historia distinta?, ¿cómo alguien que se ha acostumbrado a actuar de esa forma durante tanto tiempo ha logrado cuestionarse y querer cambiar?, ¿de dónde sacaste esa increíble fuerza para manejar esas cosas?.

4. Se hace necesaria una evaluación más completa, cuando se encuentran antecedentes estables en la historia, pues podría tratarse de un trastorno de la personalidad.

hacen parte del campo fenoménico de un ser humano a lo largo de su desarrollo; es decir, la captación subjetiva (biografía) de la realidad objetiva (historia) va configurando la personalidad, dentro de dicha configuración; las debilidades expresadas por el consultante hacen parte de las captaciones vivenciales que él mismo ha hecho a lo largo de su historia marcando de esta manera la biografía, restringiendo a la persona y dejando ver en sus manifestaciones fenoménicas (personalidad) un cuadro desfigurado de sí mismo. Dentro de este ítem se consignan las captaciones vivenciales del consultante que hacen referencia a la influencia que construye restricciones de lo noético, así como los síntomas que se han dado en la historia particular y que reflejan las manifestaciones desfiguradas de la persona a través de un organismo psicofísico afectado. Dicha biografía acerca de las debilidades de la historia constituye una forma de ver el mundo, a sí mismo y a los demás de manera rígida, configurando diferentes esquemas cognitivo/emotivos a través del bagaje genético, las situaciones vitales, las relaciones de apego, el sistema social y en general, todo aquello que se capta vivencialmente.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

5. Es importante recordar que aunque el terapeuta se encuentre en una fase psicodiagnóstica, siempre prima la persona por encima de la técnica, de allí, la necesidad de ir movilizando los recursos noéticos desde el primer momento.

Dificultades actuales

Es el registro de las vivencias actuales que marcan la biografía restringiendo a la persona, su contexto actual y los síntomas del momento.[9] Dentro de este ítem se consignan las captaciones vivenciales del consultante que hacen referencia al estado actual de su campo fenoménico y posiblemente –pero nunca necesariamente– a la construcción histórica de las restricciones de lo noético, así como los síntomas que se presentan en el momento y que reflejan las manifestaciones desfiguradas de la persona a través de un organismo psicofísico afectado.

Advertencias para el evaluador:

1. La evaluación de las dificultades actuales deben ser estimadas a partir del campo fenoménico del consultante relacionando los contenidos expresados con el contexto en el que se manifiestan, sin descartar las debilidades de la historia –aunque sí observándolas con un respetuoso escepticismo–, pues si bien en muchos casos las dificultades actuales son expresiones de las restricciones configuradas en las debilidades de la historia, la sobrevaloración e hiperreflexión sobre las mismas las podría afianzar rígidamente, disminuyendo el grado de libertad.

2. Es importante ir explorando los recursos noéticos, en cuanto a la capacidad de autodistanciarse y de autotrascender, para de esta manera, evaluar la amplitud o estrechez y la flexibilidad o rigidez de la persona frente a su organismo psicofísico.

3. El evaluador puede formular preguntas como: ¿en qué circunstancias te sucede esto?, ¿cuando estas cosas suceden, qué pasa en tu familia/pareja/amigos...?, ¿qué es lo que más te está afectando de todo ello?, si te vieras en una película ¿cómo te describirías?, ¿cómo reaccionas cuando esto sucede?... etc.

4. De igual forma, como en el punto de debilidades de la historia, deben formularse preguntas que se dirijan a movilizar recursos noéticos que ayuden a redimensionar los síntomas, posicionen al consultante frente a sus dificultades, le permitan verse en situación y le amplíen el mundo de lo posible fomentando

9 Las vivencias son atemporales, la captación subjetiva (biografía) de la realidad objetiva (historia) puede reflejarse en un continuo histórico, aunque los síntomas que se expresan pueden variar. Si bien la persona es dinámica y la personalidad un tanto estática, en logoterapia se sabe que gracias al antagonismo noopsíquico, la persona espiritual puede oponerse a las introyecciones vivenciales que se han dado en la biografía para de esta forma descubrir nuevos significados y escribir la biografía de una forma diferente.

el poder de oposición del espíritu que le permita asumirse como alguien que puede ser cada vez distinto a lo que es. P. ej. ¿hasta el momento, cómo has venido manejando esta situación?, ¿cómo logras levantarte de la cama estando tan deprimido?, ¿de dónde sacas esa increíble fuerza para manejar esta dificultad?.

5. En este punto es fundamental evaluar los trastornos del eje I, así como los síntomas comunes en los trastornos de la personalidad como las autolesiones, el consumo de sustancias, la disforia, las alteraciones cognitivo-perceptuales y los problemas en el área del sentido vital.

6. Cuando se presentan conductas autolesivas y suicidas, es importante evaluar el soporte social del consultante, el estado de ánimo depresivo y el uso de sustancias como graves factores de riesgo, teniendo en cuenta si hay cambios inesperados en los planes suicidas, el nivel de impulsividad o intensidad de la activación emocional, el control que tiene la persona sobre su conducta (Livesley, 2003), así como el nivel de sentido de vida experimentado por el consultante. Si estos parámetros se presentan, vale la pena evaluar características disociales y déficits de regulación emocional.

7. Los síntomas perceptuales alterados como ideas de referencia, pensamientos desorganizados e ideación psicótica deben contemplarse para posible medicación y evaluación de perfiles esquizotípicos y limítrofes, así como los procesos disociativos, que incluso pueden indicar la presencia de trauma severo, casos en los que la exploración de la traumatización debe ser muy prudente. La evaluación del estado mental desarrollada con anterioridad puede dar luces sobre este punto.

8. Al igual que en todo el desarrollo del proceso psicodiagnóstico, el cuidado de la iatrogenia y el aumento de la hiperreflexión deben ser abordados con cautela, proponiendo para estas indagaciones realizar de la mano el punto referente a "diagnóstico alterno" expuesto más adelante y continuar con las preguntas que generan autodistanciamiento.

Evaluación por áreas

En este punto se evalúan diferentes áreas de funcionamiento en donde pueden manifestarse las restricciones de la persona:

1. Funcionamiento de las áreas de salud. Frecuencia y tipo de alimentación, bebidas e infusiones, hábitos (cigarrillo, drogas, diuréticos, laxantes).

2. Descanso. Horas y horarios de sueño, actividades físicas, ciclo menstrual.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

3. Trabajo. Horas de trabajo, gusto, condiciones, relaciones laborales, horas de estudio, gustos académicos.

4. Social. Familia, red social.

5. Afectiva. Relaciones afectivas, pareja, vida sexual.

Advertencia para el evaluador

1. La evaluación por áreas (Guberman, 1998) va a indicar las rutas de manifestación de los síntomas, así como los lugares de expresión, consecuencias de su estado actual, estrategias de afrontamiento, exacerbantes del malestar u otras dificultades. De igual forma, la evaluación por áreas va a desarrollar parte del diagnóstico alterno, los recursos de la persona, las áreas de desarrollo personal y los posibles caminos de sentido.

2. Recuerde hacer las preguntas desde los planteamientos que va haciendo la persona, desarrollando indagaciones casuales y sencillas, empáticas y amigables con preguntas como: ¿cómo estás durmiendo?, ¿qué haces en tu tiempo libre?, ¿cómo son tus amigos?, ¿cómo vas en la escuela?... etc.

3. La evaluación por áreas implica una mirada a los factores ambientales que pueden mantener la disfunción.

Restrictores psicofísicos de lo noético

Los restrictores psicofísicos de lo noético son las condiciones, trastornos y estructuras disfuncionales o patológicas que restringen en mayor o en menor medida las manifestaciones espirituales. Las restricciones preponderantemente somatógenas son condiciones de etiología somática con sintomatología fenopsíquica o fenopsomática, es decir, son afecciones implantadas con mayor fuerza en lo biológico que se expresan a través de síntomas psíquicos o somáticos con necesidad principal –mas no exclusiva– de farmacoterapia. Las restricciones preponderantemente psicosociógenas son condiciones de etiología psíquica con sintomatología fenopsíquica o fenopsomática, es decir, son afecciones implantadas con mayor fuerza en la dimensión psíquica que se expresan a través de síntomas psíquicos o somáticos con necesidad principal –mas no exclusiva– de psicoterapia, siendo este tema profundizado por Frankl (1992) en su teoría de las neurosis como problema.

En este ítem se ubica el nivel de restricción de las manifestaciones de la persona espiritual, entendido como el grado de dificultad para la manifestación de la persona espiritual y sus recursos noéticos; los niveles de restricción son parte de un polo

que atraviesa la estructura de la persona, siendo mayores los niveles de restricción de lo espiritual cuando las afecciones están implantadas con mayor fuerza en lo físico y sus manifestaciones son psíquicas (psicosis, adicciones avanzadas, depresiones mayores...), los niveles medios de restricción se dan en mayor medida cuando las restricciones parten de afecciones implantadas con mayor fuerza en lo psíquico (neurosis), los niveles bajos de restricción se dan cuando las manifestaciones espirituales se evidencian por encima de las condiciones del organismo psicofísico, que en los casos de restricción media o alta permanecen intactos y en potencia, pero con mayor o mediana dificultad para su manifestación. En este punto colaboran en su estimación los resultados de las pruebas diagnósticas aplicadas, las entrevistas clínicas desarrolladas y en cuanto a los niveles de restricción se tiene en cuenta el eje 5 (evaluación de la actividad global) del DSM.

Advertencia para el evaluador

1. Este ítem es de vital importancia pues de él depende la ruta adecuada de tratamiento que se elija, siendo necesario adquirir cierta información sobre los procesos de enmascaramiento psicológico (Taylor, 2008) que permiten distinguir trastornos psicológicos de orgánicos, así como el trabajo interdisciplinario entre psicólogos y médicos.

2. Las preponderancias pueden indicar rutas de tratamiento psicoterapéutico, medicamentoso o una combinación de ambos.

Actividad y pasividad (estrategias de afrontamiento)

Es el registro de las estrategias de afrontamiento que son utilizadas como intentos adaptativos, bien sea en busca de distensión o compensación (proporcional al nivel de restricción) del malestar psicofísico (por lo general matizados por las voluntades de placer –evitación del displacer– y de poder), así como desarrollos intencionales de la persona espiritual dirigidos a valores y sentidos (voluntad de sentido).

1. **Pasividad y actividad incorrectas de primer nivel.** Son las estrategias más primarias y arcaicas desarrolladas para distensionar al organismo psicofísico, siendo la expresión máxima de la voluntad de placer. En ellas se actúa preponderantemente sobre la dimensión biológica y en segundo lugar en el componente psicológico de la emocionalidad como una forma de reacción ante el propio malestar psicofísico, bien sea por la experiencia real del malestar o por la mera anticipación de la posibilidad del mismo. Estas estrategias suelen ser las más contundentes pues las mismas modifican de manera inmediata y radical la experiencia del ser en el mundo, generando estados homeostáticos inmediatos

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

–aunque poco permanentes–, modifican las sensaciones corporales y cambian la percepción subjetiva de la realidad en corto tiempo. En estas estrategias se encuentran las diferentes formas de automedicación (uso de alcohol y drogas legales e ilegales), las compulsiones como la comida, la masturbación y el sexo, las conductas autolesivas (autoagresiones, automutilaciones, inducción de vómito), la disociación y las descargas de energía como la agresividad física. Su intención es reducir la disforia que se presenta en el estrés, la ansiedad y la culpa (Livesley, 2003, Martínez, 2007). Estrategias que como ya se ha visto son utilizadas para:

a. Actuar sobre el propio malestar corporal modificando la sensación y la experiencia en el mundo de la persona, conectándolo o desconectándolo con su cuerpo, según la necesidad y en general, distensionando el malestar psicofísico que experimenta la persona al enfrentar la amenaza de su existir.

b. Prevenir situaciones que hacen surgir estados problemáticos, preparándose para experimentarlos de manera diferente o simplemente distensionando el malestar que se genera por la anticipación de la posible presencia de una amenaza.

c. Como una respuesta ante la frustración existencial y el estado de vacío que se genera al no poder salir de sí, debido al carácter inmanente de un organismo psicofísico que se ha hecho rígido e impide la expresión de lo espiritual.

2. **Pasividad y actividad incorrectas de segundo nivel.** Son estrategias de afrontamiento que al igual que las estrategias de primer nivel, buscan la distensión de lo psicofísico. Son estrategias más elaboradas que requieren de un proceso más preciso, se usan para distensionar al organismo psicofísico, siendo la expresión máxima de la voluntad de placer y de poder. En ellas se actúa preponderantemente sobre la dimensión psicológica y en segundo lugar en el componente biológico, como una forma de reacción ante el propio malestar psicofísico, bien sea por la experiencia real del malestar o por la mera anticipación de la posibilidad del mismo. Estas estrategias suelen ser más refinadas que las estrategias de primer nivel, siendo menos contundentes pues las mismas modifican la experiencia de la persona en el mundo o previenen que se vivan ciertas experiencias, pero que no dependen exclusivamente de la persona, generando estados homeostáticos no tan inmediatos pero mas "elegantes"; estas estrategias modifican más el ambiente y las circunstancias, obteniendo un efecto de retroalimentación por parte del mundo, que le permite a la persona mantener la identidad defendida. En estas estrategias se encuentran las diferentes formas de afrontamiento de la personalidad, bien sean pasivas o activas, dirigidas a:

a. Actuar sobre el propio malestar psicológico, modificando la imagen de sí mismo y la forma de pensar, a través de la modificación o lucha con el mundo, incluyendo un correlato biológico de distensión del malestar.

b. Prevenir situaciones que hacen surgir estados problemáticos, en donde la identidad construida se siente en riesgo, preparándose para experimentarlos de manera diferente, evadirlos si es posible o simplemente distensionando el malestar que se genera por la anticipación de la posible presencia de una amenaza.

c. Como respuesta ante la frustración existencial y el estado de vacío que se genera al no poder salir de si, debido al carácter inmanente de un organismo psicofísico que se ha hecho rígido e impide la expresión de lo espiritual.

3. **La actividad y pasividad correctas de tercer nivel**. Son aquellas en donde a través de los recursos noéticos –especialmente el autodistanciamiento–, se monitorean y controlan las estrategias de primer y segundo nivel (pasividad y actividad incorrectas), se cuestionan conscientemente los pensamientos y las conductas, y se hace oposición a los mandatos de lo psicofísico en búsqueda de distensión. Incluyen la autocrítica y el uso de los recursos internos para regularse.
   La pasividad y la actividad correctas se dan a través de la capacidad autodistanciante de la autocomprensión, develando las pasividades y actividades incorrectas y aceptando la sensación de amenaza que se experimenta, observando y comprendiendo los procesos emocionales y cognitivos que la persona vive, asumiendo la responsabilidad sobre la participación de la persona en lo que le sucede y aceptando lo que se está dando, sin confundir aceptación con resignación.[10] La actividad y la pasividad correctas pasan por el despliegue de la capacidad autodistanciante de la autorregulación para poder oponerse desde allí, a los mandatos psicofísicos que empujan la ejecución de estrategias de primer y segundo orden, disponerse (posición interna) de forma diferente ante lo que acontece, respondiendo de manera distinta; la autorregulación implica el aumento de la tolerancia al malestar, la resignificación del mundo emocional, el control de los pensamientos, su discusión consciente y su reestructuración precisa. Movilizar la autorregulación implica enfrentar contextos en donde el riesgo o la amenaza a la existencia se hace evidente, resignificando lo que deba aprender a ver de otra forma o aceptando lo que sucede sin desesperación.
   La persona moviliza su capacidad de autoproyección viéndose a futuro como alguien que puede vivir la vida de forma autónoma, regulándose a sí mismo sin

10 En la aceptación hay un fluir emocional continuo que transita sin la sensación de estancamiento emocional (rabia y tristeza) que produce la resignación.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

dejar que la sensación de amenaza de tal expectativa lo paralice. A través de la movilización de su capacidad de afectación y de autocomprensión, se permite experimentar y aceptar las sensaciones que le despierta la "hostilidad percibida" en el mundo o en los otros, dándoles su verdadera dimensión. En la pasividad y actividad correctas se permiten aceptar sus sentimientos y aprenden a expresarlos asertivamente, permitiéndoles que asuman la responsabilidad de sus actos. De igual forma, movilizan su capacidad de diferenciación para tomar distancia de posturas, actitudes y conductas que no les pertenecen y que han sido adoptadas de forma prestada, su autocomprensión y su capacidad de afectación les permiten reconocer sus aspectos positivos, sus valores y cualidades afirmándose ante los demás.

Movilizar estas capacidades es una tarea que requiere de un clima que lo facilite, siendo una buena recomendación, la utilización casi tradicional que hace la logoterapia del humor, pues como dice Frankl (1992):

> El paciente ha de objetivar la neurosis y distanciarse de ella. El paciente debe aprender a encararse con la angustia e incluso a reírse de ella en su propio rostro. Para esto hace falta un poco de valor, a fin de afrontar el ridículo. El médico no debe tener reparos en decir al paciente e incluso representar escénicamente lo que éste debe decirse a sí mismo. Nada hay como el humor para que el paciente se distancie de sí mismo. El humor merecía lo que llamáramos un existencial, lo mismo que la preocupación (M. Heidegger) y el amor (L. Binswanger).

4. **La actividad y pasividad correctas de cuarto nivel.** Son aquellas en donde se aceptan los propios límites y se despliega lo espiritual para la consolidación del sentido de vida, la captación de valores y las relaciones con lo trascendente. Se trascienden los síntomas dirigiéndose hacia el sentido.

   Las estrategias de cuarto nivel hacen referencia a la influencia de la espiritualidad en la salud (Krok, 2008, Strumper, 2009); la atención también se focaliza en la aceptación de los estresores y el afrontamiento religioso (Connor-Smith, J., y Flaschsbart, C. (2007) y la relación del sentido de la vida con el bienestar, el afecto positivo, el adecuado afrontamiento y la felicidad (Greenglass y Fiksenbaum, 2009, Pan, Keung Wong, Wan Chan y Joubert, 2008, Vella-Brodrick, Park y Peterson, 2009, Peterson, Park y Seligman, 2005, Folkman y Moskowits, 2000, Krok, 2008, Schnell y Becker, 2006, Adler y Fagley, 2005, Ho, Cheung y Cheung, 2010).

   La espiritualidad desplegada abre la persona al mundo de los valores y el sentido, al mundo de los otros, en donde a través de la capacidad autotrascendente de la diferenciación, se logra reconocer al otro como un legítimo otro, facilitando así el "estar junto a" de la espiritualidad humana, el encuentro, la generación de vínculos y el tejido de soporte social que requieren las personas. Al movilizar la capacidad autotrascendente de la afectación, la persona entra en contacto con los valores, viviéndolos y captándolos a través de un percibir afectivo que le

permite dejarse tocar por el sentido y los valores, resonar interiormente ante la presencia del valor y sentirse llamado a movilizar la capacidad autotrascendente de la entrega, capacidad en donde actuando por valores y no por taras, la persona se dona a una misión por realizar, a una tarea por cumplir, es decir, se dona a una vida por realizar.

Advertencia para el evaluador[11]

a. Es posible para un consultante usar un poco de cada estrategia, hay que considerar que a mayor nivel de impotencia e invisibilidad de la persona espiritual (Frankl, 1994c), mayor uso de estrategias de primer y segundo nivel.

b. Es importante no establecer las estrategias de afrontamiento a partir de las pruebas psicodiagnósticas aplicadas, sino a partir de la entrevista, pues las restricciones del autodistanciamiento, en especial de la capacidad de verse a sí mismo, pueden sabotear los resultados de las pruebas, contemplándose las mismas sólo como complementos y confirmatorios.

Diagnóstico alterno

El diagnóstico alterno es la información que ayuda a disminuir la hiperreflexión con la que llegan los consultantes o que los datos recabados en las debilidades de la historia y las dificultades actuales han generado. En este punto se ubican los sistemas axiológicos del consultante (Lukas, 1983), identificando sistemas piramidales (un único bien depositario de todos los valores), paralelos u horizontales (diferentes bienes jerárquicamente diferenciados, depositarios de múltiples valores) o nublados (sin captación de bienes ni valores). En este registro se ubican las fortalezas de la historia, al igual que en el punto relacionado con las debilidades de la historia, se incluyen las vivencias del campo fenoménico de la persona a lo largo de su historia que se han convertido en elementos recursivos de su biografía; así mismo, en este punto, se incluyen las huellas de sentido de la historia entendidas como las vivencias atemporales de sentido que pueden ser actualizadas y las huellas de sentido actuales que han sido recaptadas o descubiertas recientemente.

Iatrogenia e hiperreflexión

Es el registro de los eventos iatrogénicos del pasado a través de la evaluación de los procesos anteriores (diagnósticos rotuladores, intervenciones de sobreinterpretación, deshumanización...). De igual forma, se identifica la hiperreflexión (sobredi-

11 Una exposición más detallada de las estrategias de afrontamiento se encuentra en un capítulo anterior.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

mensión del problema o de los síntomas por parte del consultante), las expectativas y motivación del consultante ante la terapia (el para qué de la libertad o del cambio, el sentido que atrae la movilización de la persona), las interconsultas solicitadas (conceptos profesionales de orientación diagnóstica o intervención) y la autorreferencia del terapeuta (autodescripción del terapeuta frente al estado actual de la relación de ayuda entablada).

Diagnóstico interactivo e integrativo de los datos

Después de la construcción realizada hasta el punto anterior, se registra la aproximación diagnóstica desarrollada entre el terapeuta y el consultante. En ella se incluyen los resultados de las pruebas de evaluación psicodiagnóstica, incluyendo los informes de los resultados obtenidos y en anexo el consentimiento informado para la aplicación de las mismas; de igual forma, se incluye la integración de datos (integración de los datos de la entrevista y de los resultados de la pruebas), el diagnóstico presuntivo y visión antropológica (aproximación diagnóstica y visión logoterapéutica del caso a partir de los siete puntos anteriores, centrándose en una visión global con la proposición de hipótesis de funcionamiento del consultante y en general, su visión de mundo, de sí mismo y de los demás) y el correlato nosológico del DSM IV (Diagnóstico multiaxial a través de los 5 ejes).

Advertencia para el evaluador

1. Es imposible que aparezcan datos que no hayan sido evidenciados en los puntos anteriores, excepto los que tienen que ver con la aplicación de pruebas; de ser así, es posible que al terapeuta le haya costado tomar distancia de sus preconceptos.

2. En este punto debe incluirse una visión detallada de la manera como se comportan los recursos noológicos del consultante.

3. A pesar de los gustos personales del evaluador, es importante utilizar una clasificación como la del DSM, pues la misma permite que profesionales de otras escuelas psicoterapéuticas puedan acceder a una aproximación diagnóstica, aunque no siempre comprendan la manera como se llego a la misma.

Plan de tratamiento

Establece la propuesta terapéutica (parámetros de trabajo terapéutico a partir del diagnóstico realizado), así como la reevaluación de la propuesta (revisión de la propuesta terapéutica y replanteamiento de la misma tras las primeras intervenciones). Dentro del plan de tratamiento se ubican los objetivos terapéuticos a alcanzar,

teniendo en cuenta los tiempos y ritmos del consultante, así como las estrategias de mayor pertinencia.

Advertencia para el evaluador

1. Los planes de tratamiento nunca son estáticos, son más bien dinámicos, por ello es importante considerar el punto referente a la reevaluación de la propuesta, pues el misterio humano no se devela tan fácil y cada vez surgen mayores comprensiones.

2. Es importante para el terapeuta tener claro los principios y fundamentos que sustentan las técnicas, para que pueda crear técnicas para el consultante y no consultantes para las cuatro o cinco técnicas clásicas.

3. El plan de tratamiento debe tomar decisiones clínicas con respecto a la modalidad del tratamiento (internado, ambulatorio, hospital día), el tipo de estrategias terapéuticas a utilizar, divididas en los momentos acordes a la intervención (como se expone en el apartado de tratamiento), el formato de la terapia (individual, grupal, familiar, de pareja o sus combinaciones), la duración aproximada del proceso (cantidad de sesiones por mes, duración de las sesiones) y los parámetros de seguridad y contención (manejo de medicamentos, riesgo suicida).

4. Cuando se presentan altos niveles de restricción de la libertad humana (trastornos severos de personalidad, trastornos graves del eje I, formas severas de abuso o deprivación, así como graves problemas del control de los impulsos), se hace necesario reevaluar la propuesta terapéutica y centrarse en el afianzamiento de la relación terapéutica, la motivación para el cambio y la generación de un contexto seguro para el consultante.

5. Un buen plan de tratamiento debe incluir la manera como inicialmente se regularan los síntomas, la forma como se aumentaran los niveles de autocomprensión (autoconocimiento) y autoproyección (motivación para el cambio), las estrategias que se utilizaran para la autorregulación y resignificación de los núcleos problemáticos, la manera como se mejorara el soporte social y la capacidad de diferenciación, así como el despliegue de la autotrascendencia, el bienestar y el sentido de la vida.

Plan de seguimiento

Como bien lo plantea Lukas (2006) hoy en día debe darse un espacio suficiente al periodo de seguimiento para prevenir recaídas y fortalecer los procesos. En este

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

punto se registra el plan de seguimiento postproceso terapéutico. En él se ubica el área de ocio (uso del tiempo de ocio), exploración de áreas de sentido, plan de cierre (proceso de cierre e independización avanzada del consultante), logros del consultante (descripción conjunta con el consultante de los logros obtenidos) y la aplicación de pruebas postest (opcionales).

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE CASO

El registro de seguimiento de caso es un instrumento de optimización de la intervención, ayudando al terapeuta a realizar procesos con una línea coherente y no inmediatista.

Advertencia para el evaluador

1. Se debe recordar que para el consultante es su único terapeuta, mientras que probablemente el terapeuta tenga muchos consultantes, por ello no está demás contar con un recurso técnico como el siguiente.
2. El registro de caso permite saber en qué va el proceso y no confiar todo a la memoria del terapeuta.
3. El registro de seguimiento de caso ubica al terapeuta en el marco fenoménico del consultante durante la sesión.
4. El registro le permite al terapeuta evaluar el desarrollo de las tareas asignadas al consultante, las dificultades y logros de las mismas, así como la manera como las está llevando a cabo.
5. Le ayuda a trazar un plan de trabajo para que las sesiones no sean "apaga incendios", sino un proceso, y en el caso de los primeros momentos dedicados al psicodiagnóstico, le permita al terapeuta ubicarse en el momento del proceso en el que se encuentra.
6. Por último, el registro le ayuda al terapeuta a movilizar sus propios recursos noéticos frente a la relación terapéutica convirtiéndolo en un instrumento de cambio.

Estructura del registro de seguimiento de caso

Ubicación de datos generales

Antes de la conceptualización de la sesión terapéutica, se ubican los datos generales del consultante, incluyendo nombres y apellidos, el número de historia clínica, el

terapeuta responsable del caso, el número de la sesión y la fecha de realización de la misma.

Autodescripción

La autodescripción es la trascripción de los datos subjetivos del consultante durante la sesión terapéutica. En ella se incluye entre comillas las referencias vivenciales que hace el consultante acerca de su estado actual.

Recuento de la sesión

En este punto se desarrolla un breve recuento de lo acontecido durante la sesión, temas tratados, actividades realizadas, circunstancias especiales... etc.

Revisión de tareas

La revisión de tareas es la supervisión de los trabajos asignados al consultante en sesiones pasadas, las dificultades en su desarrollo, lo que dichos trabajos han generado y la reevaluación de los mismos, entre otros.

Tareas propuestas

En este lugar se describen las tareas que han sido asignadas al consultante como propuestas de extensión del trabajo terapéutico fuera de la sesión terapéutica, incluyendo el nombre de la tarea y la descripción específica de la misma.

Elementos a tener en cuenta en la próxima sesión

Los elementos a tener en cuenta en la próxima sesión constituyen la agenda terapéutica del próximo encuentro; en ella se incluyen aquellos elementos que han quedado inconclusos en la sesión actual, los temas importantes que han surgido en sesiones anteriores, así como los puntos comunes a todas las sesiones (evaluación del estado actual, revisión de tareas a presentar, cumplimiento de prescripciones acordadas –nunca impuestas–...)

Autorreferencia

La autorreferencia es la autodescripción que hace el terapeuta acerca del estado actual de la relación de ayuda entablada, sus miedos, ansiedades, dificultades y sentimientos en general.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL PROCESO PSICODIAGNÓSTICO

1. El éxito del proceso psicodiagnóstico es que el mismo se desarrolle en un proceso dialógico del que el consultante participa aumentando su capacidad de autodistanciamiento.

2. El proceso psicodiagnóstico no debe quitarle la responsabilidad al consultante frente a su historia, sus dificultades actuales, sus estrategias de afrontamiento, sus síntomas y consecuencias, asumiendo posturas sobreprotectoras, de atribución de causas, ambientalistas o de difuminación del yo en sistemas familiares o sociales. Sin embargo, debe ejercerse el cuidado de no hiperresponsabilizar al consultante de todo lo que sucede, teniendo en cuenta el respeto por el ritmo y velocidad en su proceso de cambio, evitando la violencia de enfrentar de choque la incertidumbre y la angustia de asumir la libertad y la responsabilidad de un día para otro.

3. El proceso psicodiagnóstico ya es de por sí interventivo, por ello debe considerarse que siempre ha de primar el bienestar del consultante por encima del trabajo académico, investigativo o formal. Antes que tener como prioridad un caso bien formulado, lo importante es el bienestar del consultante que muchas veces no puede esperar semanas enteras a que se dé una formulación completa.

4. Muchos casos no requieren formulaciones tan extensas y completas, y su resolución será mucho más sencilla y rápida. Vale la pena en este punto aclarar que muchas de las solicitudes de ayuda hacen referencia a problemas de tipo existencial que no son en sí mismos psicopatológicos (en el completo sentido de la palabra), siendo innecesario desarrollar una estructura tan completa como esta formulación.

5. Tenga en cuenta los parámetros de prevención de la neurosis iatrogénica (Martínez, 2007).

6. No olvide la autorreferencia constante para lograr mantener una sana actitud fenomenológica ante el consultante, realizando las reducciones fenoménicas pertinentes.

7. Mantenga como costumbre previa al encuentro terapéutico, la revisión del registro de seguimiento de la última sesión y en la medida de lo posible (respetando la necesidad del consultante) trate de llevar la agenda establecida en dicho registro.

8. Esté alerta a los principios contradictorios del logoterapeuta recomendados por Elisabeth Lukas (Lukas, 1983).

9. De ser posible utilice el IFB (Instrumento para la Formulación de Biografías Logoterapéuticas) de tal forma que pueda reducir el tiempo invertido en hacer una buena formulación y facilitar de forma paralela el proceso de autodistanciamiento del consultante[12].

10. Existen en la actualidad recursos tecnológicos que pueden facilitar el proceso psicodiagnóstico en términos de tiempo y organización. Aproveche los diversos *software* de aplicación de pruebas psicodiagnósticas o programas como el LOGOSOFT[13] para la formulación de casos en logoterapia.

11. Recuerde que por encima del ser humano no existe ningún recurso técnico y por tanto, más allá de la técnica, está la persona.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

12 Martínez, Efrén. IFB. Instrumento para la Formulación de Biografías Logoterapéuticas. Ed. CAA. Bogotá. 2007a

13 Martínez, Efrén. Psicoterapia y sentido de vida. 1ed. Ed. CAA. Bogotá. 2005.

5

La relación terapéutica en medio del desencuentro

La relación terapéutica o más bien el encuentro existencial entre la persona del terapeuta y la persona del consultante es la pieza fundamental del proceso psicoterapéutico, sin relación no hay proceso dialógico, sino más bien mero monológo, generando la frustración de la existencia al no ex-sistir (salir de si). Al respecto dice Frankl (1994b): "Cualquier diálogo que se limite a la mera autoexpresión no participa de la cualidad autotrascendente de la realidad humana. El encuentro auténtico es un modo de coexistencia que está abierto al logos." Encontrándose el terapeuta con otro ser humano de la misma naturaleza y constituyendo con él una pareja existencial (Binswanger, 1973). Para Frankl (1992), el encuentro terapéutico se da a través de una ecuación de dos incógnitas X + Y= ψ, "donde X representa la singularidad y unicidad de la personalidad del paciente; Y la no menos singular y única personalidad del terapeuta", siendo solamente posible esta relación cuando se reconoce al otro como ser humano (Frankl, 1994a), es decir como un legítimo otro con independencia de la propia mente del terapeuta.

El encuentro terapéutico en la psicoterapia centrada en el sentido, bien puede tener sus bases en las propuestas de Martín Buber (1998) sobre el fundante mundo de la relación de la palabra básica Yo-Tu, pues solo esta palabra puede ser dicha con la totalidad del ser, es decir, de persona a persona, con sus dimensiones de unicidad y espiritualidad, guiados por la característica antropológica fundamental de la autotrascendencia que permite el "estar junto a otro"; como bien dice Frankl (1994c):

> El ente espiritual no solo es capaz de "estar junto a" otro ente, sino que también puede, en especial "estar junto a un ente de la misma clase", es decir, junto a un ente igualmente espiritual, es decir, del mismo tipo. Este "estar junto a" del ente espiritual a otro ente espiritual, este "estar junto a" entre entes espirituales, lo llamamos "estar junto al otro". Resulta, pues, que el pleno "estar junto a" se hace posible solamente y ante todo semejante "estar junto al otro", por consiguiente sólo entre existentes de la misma clase.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

La importancia que le han dado diferentes psicoterapeutas existenciales (Frankl, 1992, Romero, 2003, Cohn, 1997, Lander y Nahon, 2005, Deurzen, 1997, 2002, Deurzen y Adams, 2011, Spinelli, 2007) y contemporáneos (Neimeyer, 1988, Neimeyer, G., 1988, Mahoney, 1988, 1997, Guidano, 1988, 1995, Greenberg, Rice & Elliot, 1996, Semerari, 2002a, 2002b, Perris, 2004) a la relación terapéutica en los procesos de cambio, deja sin duda su papel fundamental para la praxis de la psicoterapia, pues tras medio siglo de investigación psicoterapéutica uno de los hallazgos más importantes consiste en que la calidad de la alianza es el predictor más robusto del éxito del tratamiento (Safran y Muran, 2005, Livesley, 2003); sin embargo, en la psicoterapia centrada en el sentido, la relación terapéutica no es un simple instrumento, es el modo de ser del terapeuta, a través del cual moviliza los recursos noéticos del consultante (Martínez, 2007) y fomenta las habilidades de metarrepresentación tan necesarias para el adecuado desarrollo del proceso terapéutico (Mateos, 2001). La alianza garantiza el éxito o el fracaso de la psicoterapia, especialmente en el caso de los trastornos de la personalidad (Bender, 2007).

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Uno de los patrones complejos en los trastornos de la personalidad son las relaciones interpersonales, motivo por el cual la relación terapéutica constituye todo un reto para los terapeutas, especialmente porque, como dice Livesley (2003):

> Muchos pacientes carecen de habilidades relacionales requeridas para un trabajo colaborativo. La adversidad psicosocial los lleva a ser precavidos con las relaciones y a tener expectativas negativas acerca de la ayuda y el apoyo. Los sentimientos de envidia, actitudes conflictivas hacia la autoridad, y los conflictos dependientes interfieren con el proceso.

Algunas recomendaciones importantes para el adecuado desarrollo y consolidación de la relación terapéutica y sus efectos en el cambio son:

1. Generar una base segura que dispare los procesos de cambio a través de las vivencias que se manifiestan en medio de los vínculos interpersonales. Permitir a través de esta base segura que la persona pueda-ser-en-el-mundo.

2. Aumentar la esperanza en que el cambio es posible y que la relación terapéutica no es igual a las relaciones acostumbradas por el consultante, ayudándole a que pueda empezar a dudar de sus generalizaciones relacionales.

3. Generar en el consultante la confianza en la capacidad técnica del terapeuta, pues muchos han pasado por diferentes procesos psicoterapéuticos y se encuentran francamente decepcionados.

4. Trasmitir la aceptación incondicional de la persona por parte del terapeuta, validándolo como ser humano, permitiéndole existir en su dignidad.

5. Comunicar de forma adecuada lo que se ha entendido, asegurándose que este proceso se ha dado a través de retroalimentaciones constantes acerca de lo que los consultantes plantean.

6. Validar constantemente y de manera honesta los progresos del consultante, reconociendo sus logros sin exagerarlos, permitiéndose sentir el asombro ante los cambios que el consultante realiza.

7. Agradecer la confianza depositada por el consultante en el terapeuta, pues abrir su intimidad ante un desconocido es un regalo que pocas personas entregan.

8. Generar la colaboración constante del consultante en el desarrollo de las actividades que favorecen el proceso de cambio, fomentando la motivación a lo largo de toda la relación.

9. Crear un lenguaje propio para la relación terapéutica, tejiendo símbolos y formas de expresión características de la relación entablada, generando de esta manera una gran identificación y un lenguaje personal que la persona seguirá utilizando en sus diálogos consigo misma.

10. Mantener el énfasis en la relación y en la colaboración dentro de la misma, sin desenfocarse o soltar la atención en el vínculo, al sentirse tranquilo por la relación entablada. La relación terapéutica es mucho más que una relación de amistad.

11. Validar la experiencia interna del consultante, manifestándole la comprensión por la misma y expresándole la aceptación de su vivencia. Validar la experiencia interna le permite al consultante atreverse a seguirse viendo y fomenta el autodistanciamiento con menos angustia.

12. Hablar de los momentos de la relación como una forma de consolidar una historia compartida que le da identidad a la relación terapéutica.

13. Las autorrevelaciones pueden ser útiles en ciertas situaciones, teniendo en cuenta que las mismas generen identificación y que sean utilizadas exclusivamente para apoyar y ayudar al consultante.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

14. Monitorear constantemente la alianza para detectar las rupturas y solucionarlas de inmediato, constituyéndose esta reparación en un modo de intervención altamente efectivo en el cambio.

15. No depender de técnicas o protocolos establecidos, pues cuando el terapeuta está más centrado en cumplir el protocolo, más se olvida de la persona que tiene enfrente.

16. Revelar, cuando lo amerite, el mundo interno emocional del terapeuta, utilizando lo que está sintiendo en medio de la relación terapéutica para fomentar en el consultante sus recursos noéticos.

17. Abrir la propia afectación del terapeuta para dejarse tocar por el consultante, permitiendo la expresión del modo de ser empático y auténtico.

18. Directividad inicial en los procedimientos terapéuticos, pues dadas las características de los trastornos de la personalidad, se requiere de un contexto seguro inicial.

19. Afirmar de manera explícita la confianza que se tiene en los recursos de la persona para salir adelante.

20. Compartir información con el consultante acerca de intereses comunes, suele fomentar la identificación y afianzar la relación terapéutica.

21. Monitorear el clima emocional de la sesión, estando alerta a las sensaciones de monotonía, aburrimiento, tensión, fluidez, alegría o tranquilidad. La fenomenología categorial puede dar excelentes luces para este monitoreo, centrándose en la manera como se experimenta la espacialidad, la temporalidad y la corporalidad. El clima emocional puede ser afectado positivamente por el terapeuta, cambiando su propio clima interno y utilizando el tono de voz y la velocidad del mismo como vehículo.

22. Respetar el ritmo de manifestación de los recursos del consultante, pues en los trastornos de la personalidad, las restricciones hacen que dichos recursos se encuentren "adormecidos", necesitándose en primera instancia estar enfocados en generar un espacio lo suficientemente cálido y seguro, como para que la persona pueda atreverse a ser y mostrarse.

23. Cuestionar y acompañar al consultante a detectar cómo las sensaciones que se generan en la relación terapéutica, pueden experimentarse en otros escenarios y con otras personas.

24. Asumir con certeza que la relación terapéutica es el camino privilegiado para la movilización de los recursos noológicos y para la superación de las restricciones psicofísicas que impiden la expresión del autodistanciamiento y la autotrascendencia.

25. Desarrollar un "nosotros universal" como estrategia que fomenta la creación de un espacio común, como dicen Dimaggio y Semerari (2008) "¿Me está diciendo que atraviesa uno de esos momentos de vacío en que todo nos parece sin objetivo y sin sentido y nos preguntamos por qué hemos venido a este mundo?".

RECOMENDACIONES PARA EL TERAPEUTA ATRAPADO EN UNA RELACIÓN

Sobrevivir a la relación terapéutica en los trastornos de la personalidad, suele ser una de las metas del terapeuta; pues si bien con algunos modos de ser se plantean relaciones altamente satisfactorias para el terapeuta, en algunos casos, la relación entablada se convierte en una fuente constante de estrés y preocupación que quema al terapeuta, conduciéndolo no en pocas oportunidades a enfermar. El terapeuta puede tener en cuenta algunas de las siguientes recomendaciones:

1. **Poner límites firmes, asertivos, pertinentes y adecuados**. El terapeuta ha de tener un buen conocimiento de sí que le permita ser realista frente a las implicaciones destructivas de algunos consultantes, pues es posible que algunos límites no sean puestos debido a la interpretación que hace el terapeuta de las acciones del consultante, justificándolo o haciendo caso omiso a lo que sucede para evitar el conflicto. Establecer límites no implica ser insensible, desconsiderado o incomprensivo; los límites son en sí mismos terapéuticos, pues el terapeuta no puede repetir y jugar el rol que han jugado muchas personas en las relaciones interpersonales con el consultante. Cuando los límites no son puestos, aparecerán sentimientos encontrados dentro del terapeuta e incluso resentimiento.

2. **Comprender al consultante**. Leer y comprender al consultante, asumiendo y entendiendo con la razón y el corazón que las agresiones, descalificaciones y malos tratos son parte de su problemática. El terapeuta debe cuidarse de personalizar las acciones del consultante, contemplando la adecuada puesta de límites, manejando su mundo emocional, pero tomando distancia del mismo, comprendiendo que lo que está sucediendo hace parte del proceso y debe aprovecharse terapéuticamente.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

3. **Crecer como terapeuta.** Pues las destrezas terapéuticas están mediadas por características emocionales y personales del propio terapeuta (Safran y Murran, 2005) y entre más capacidad de generar alianza tiene, mejores resultados logra. El crecimiento personal del terapeuta le permite tener la flexibilidad suficiente para expresarse a través de una personalidad auténtica, facilitando de esta forma el proceso terapéutico; de igual manera, las propias zonas vulnerables pueden encontrarse más resueltas haciendo que las dinámicas relacionales disfuncionales que suelen desarrollarse con estos consultantes puedan ser identificadas y resueltas más fácilmente.

4. **Clarificar malos entendidos.** Centrándose en lo que pudo no haber sido bien comprendido, aclarándolo sin aplazar el tema, preguntando acerca de lo que pudo entenderse y utilizando la situación como recurso terapéutico. Los malos entendidos facilitan la conversación terapéutica en torno a los filtros con los que se lee la realidad.

5. **Monitorearse en relación.** Movilizando la propia capacidad de autodistanciamiento para poder detectar la participación en la dificultad relacional que se está generando, haciendo conciencia de la manera como se está transformando la relación, lo que ha generado esta implicación y la manera como la misma puede hacerse útil en pro del consultante.

6. **Aliarse con la defensividad del consultante.** Contemplar lo que está pasando en la relación, como una maravillosa oportunidad para ayudar al consultante a resolver en vivo y en directo sus problemas interpersonales. Poner sobre la mesa las reacciones del consultante, expresar las sensaciones que el terapeuta tiene y extrapolar lo que sucede a diferentes áreas de funcionamiento del consultante, colabora en la movilización de los recursos personales.

7. **Explorar nuevos caminos**. Los obstáculos muchas veces se deben más a la terquedad del terapeuta que a la falta de motivación del consultante. Asumir las recomendaciones de Duncan, Hubble y Miller (2003), pueden ser muy útiles: 1. El cliente es el héroe en el "drama de la terapia". No existen grandes terapeutas; solo grandes clientes y profesionales que trabajan codo a codo con ellos. 2. No aplicamos una terapia al cliente. Se trata de un intercambio interpersonal (evento) en el que el énfasis recae sobre la calidad de la participación del cliente. 3. Las intervenciones no son lo que "vende" el terapeuta. Las intervenciones son extensiones de la alianza terapéutica y no pueden separarse de la relación en la que tienen lugar, y 4. El terapeuta sugiere, el cliente elige. El terapeuta ofrece explicaciones, teorías o enfoques de intervención para que el cliente considere, acepte, modifique o deseche las que quiera.

Para la psicoterapia centrada en el sentido, la relación terapéutica constituye un pre-requisito fundamental para los procesos de des-restricción de lo noético, así como para el despliegue de lo espiritual. Sin embargo, es importante considerar que en las biografías de alta restricción de lo espiritual, el establecimiento de la relación terapéutica se hace difícil, aunque al mismo tiempo más necesario que nunca, haciéndose vital la autorreferencia del terapeuta para captar posibles obstáculos o crisis de la relación manifestados en una dificultad para percibir la mente del otro, la persona y la personalidad del consultante en su continuo fluir, dificultad que deja al terapeuta con una sensación de estar perdido y desconectado ante la invisibilidad de la persona espiritual, apelando en estos momentos al credo psiquiátrico de la logoterapia, a la posición de apertura que facilita el surgimiento del encuentro, pues el mismo, como bien dice Buber (1998) no se crea, se da, no se fabrica, se manifiesta. El encuentro es presencia, se da en el presente que ilumina el cambio en una dimensión atemporal que se queda detenida para poder afirmar que lo que cura es la relación. Por ello, dice Frankl (1992): "Ni cualquier método se puede aplicar en todos los casos con las mismas perspectivas de éxito, ni cualquier terapeuta puede poner en práctica con la misma eficacia cualquier método."

En la psicoterapia el terapeuta no puede ser simplemente un amigo, consejero o maestro como ocurre en otro tipo de relaciones, sin embargo, tampoco puede ser simplemente un técnico que opera a la persona (Dorr, 1995), como bien dice Binswanger (1973):

> En toda forma de psicoterapia médica hay dos hombres frente a frente, de algún modo "dirigidos el uno hacia el otro"; se colocan dos hombres en cierto modo "uno con el otro y separados uno del otro"… Es decir, como psicoterapeuta médico nunca podré ser "solamente" el amigo ni el simpatizante del enfermo, como en el caso de las relaciones puramente existenciales, aunque nunca tampoco estaré exclusivamente consagrado a la tarea. Un buen psicoterapeuta será siempre aquel que, para utilizar una excelente expresión de Martin Buber, en ese contrapunto creado por aquella relación dialéctica, puede ver claro y trabajar profesionalmente.

© **Editorial El Manual Moderno** Fotocopiar sin autorización es un delito.

6

El proceso psicoterapéutico centrado en el sentido

Los cambios terapéuticos no suelen darse de manera lineal y en muy pocos casos de manera espontánea; generalmente se requiere de procesos y estrategias que faciliten el buen desarrollo del mismo, motivo por el cual, los procesos terapéuticos se adecuan a las necesidades exclusivas del consultante y no tienen una tendencia al lecho de procusto, en donde se intentaría acomodar a las personas a los procesos y no los procesos a las necesidades personales (Martínez, 2007). La psicoterapia centrada en el sentido, como una forma de logoterapia inespecífica, suele ser ciencia y creatividad, arte y técnica; sin embargo, la psicoterapia requiere de una clara delimitación de los momentos adecuados para las diferentes formas de intervención, sin llegar a los extremos protocolarios que contradicen la unicidad de la persona, es decir, el orden de las intervenciones es importante, pero la psicoterapia centrada en el sentido dista de ser un proceso rígido y se aproxima más a un proceso riguroso, no es un proceso estandarizado sino personalizado, sin querer decir por ello que no se puedan diseñar marcos para el desarrollo de intervenciones terapéuticas específicas. Es por ello que en la PCS no se habla de protocolos de intervención, sino de momentos de intervención, pues los momentos enmarcan el proceso, dándole la flexibilidad que requiere la individualización del mismo; especialmente cuando se trata de trastornos de la personalidad, pues como dice Livesley (2003):

> También existen amplias diferencias entre los pacientes en cuanto a lo que estos pueden tolerar y usar. Así, no es posible definir un protocolo que se ajuste a todos los casos. Aunque la flexibilidad es obligatoria por la propia naturaleza de los trastornos de personalidad, es importante tener un marco conceptual como fundamento (diferente a un simple conjunto de intervenciones), porque reduce el peligro de que los terapeutas se enfoquen mucho en los problemas inmediatos a expensas de un contexto más amplio (i.e. no ver el bosque por estar viendo los arboles). Un marco de referencia conceptual ofrece un proceso terapéutico consistente que minimiza la posibilidad de que el tratamiento sea manejado por la patología.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

En una psicoterapia centrada en el sentido se reconocen tres momentos fundamentales del proceso psicoterapéutico:

PRIMEROS MOMENTOS
El encuadre terapéutico, el contexto seguro, la evaluación y el diagnóstico, la consolidación de la relación terapéutica, la motivación para el cambio y la reducción de síntomas

Los primeros momentos del proceso se centran en el encuadre del proceso, la generación de un contexto seguro, la evaluación y el diagnóstico, la consolidación de la relación terapéutica, la motivación para el cambio y la reducción de síntomas, a través de la movilización de la facultad de autodistanciamiento y sus respectivas capacidades de autocomprensión, autorregulación y autoproyección.

1. **El encuadre terapéutico:** Es el planteamiento del marco en el cual se desenvolverá el proceso terapéutico de forma consistente; el encuadre se inicia a partir de la presentación del terapeuta con el consultante, brindándole una respetuosa bienvenida al lugar de consulta y presentando sus credenciales y énfasis, para posteriormente invitar al consultante a plantear el motivo de su consulta. Una vez el terapeuta se ha ubicado en el campo fenoménico del consultante, ha desarrollado una impresión diagnóstica inicial acerca del estado mental del mismo y se ha ubicado en las necesidades que se presentan, se plantea una devolución que le permita al terapeuta corroborar si se ha ubicado bien en la demanda del consultante, para posteriormente plantear el contrato terapéutico que facilita la resolución de las dificultades planteadas; dichos planteamientos deben ser esperanzadores pero libres de falsas ilusiones, exponiéndole al consultante la manera como se desarrollará el proceso terapéutico y brindándole un breve proceso psicoeducativo acerca de lo que sucede. En este punto del encuadre debe plantearse un resumen de lo que se hará durante el proceso terapéutico, así como de los parámetros que guían dichas intervenciones; es decir, se le explica al consultante que los primeros momentos del proceso buscan hacer una adecuada evaluación que les permita detectar los focos de trabajo y las rutas más adecuadas para mejorar, diseñando un proceso terapéutico exclusivo para la persona y ejecutándolo en los segundos momentos, para llegar finalmente a una parte del proceso centrada en la prevención de recaídas o regresiones del proceso de cambio; de igual forma, se plantea que en los primeros momentos se centrará el esfuerzo en que la persona pueda mejorar sus dificultades, mientras que de forma paralela se hace una evaluación amplia que permita evitar que estas cosas continúen dándose o que vuelvan a surgir.

El encuadre terapéutico enmarca un tiempo aproximado del proceso, sin ser radicales y tajantes con la duración, pero si dando un tiempo estimado de la misma, la cantidad de sesiones, la frecuencia en la que se llevarán a cabo y el lugar en donde se desarrollarán. Por esta misma línea deben exponerse las necesidades que requiere un proceso terapéutico, es decir, debe plantearse que una parte fundamental del tratamiento depende de las tareas que el consultante realice fuera de la consulta, su asistencia a las terapias y el compromiso compartido que se asume entre el terapeuta y el consultante. Finalmente, el encuadre incluye el contrato económico con el consultante, así como los mecanismos de comunicación que se establecerán a lo largo del proceso.

2. **El contexto seguro.** En los primeros momentos e incluso como parte del encuadre terapéutico, debe evaluarse el sostén que ofrece el contexto del consultante, teniendo en cuenta sus redes de apoyo, el nivel de impulsividad, desregulación emocional, el riesgo de autolesiones o heteroagresividad, los síntomas perceptuales, problemas médicos, consumo de sustancias u otras necesidades que requieran de la generación de un contexto seguro. La seguridad y la contención del consultante pueden implicar: a) la necesidad de tratamiento farmacológico para nivelar al consultante en la crisis, b) la contención afectiva por parte del terapeuta, quien se dedica más a validar la emocionalidad del consultante y a brindarle soporte, que a intentar interpretar y hacer intervenciones, y c) la estructuración de la red de apoyo que requiera la persona, estabilizando el contexto en el que se encuentra. La construcción de un contexto seguro, lleva implícita la toma de decisiones frente a la modalidad de tratamiento que se pretende seguir, es decir, el terapeuta en este punto debe estar en capacidad de decidir si se deben aumentar la cantidad y frecuencia de las sesiones, si la familia debe ser involucrada o si la persona requiere hospitalización parcial o general. En sí, el contexto seguro busca a partir de la evaluación realizada garantizar la seguridad personal del paciente, así como de quienes le rodean, brindar la contención del consultante para poder abrir un espacio que le permita desarrollar de forma adecuada su proceso de cambio, así como evitar el agravamiento de lo que le acontece. Para la generación de un contexto seguro puede ser útil:

   – Evitar los juicios acerca del contenido de lo expresado por el consultante.
   – No hacer interpretaciones.
   – Centrarse en validar la emocionalidad del consultante.
   – Ofrecer apoyo y consideración positiva.
   – Estabilizar el ambiente afectado por la crisis.
   – Ser directivo en cuanto a acciones específicas que deben hacerse para superar la crisis.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

3. **La evaluación y el diagnóstico.** Debe desarrollarse como insumo para la generación de un contexto seguro, así como para la configuración del plan de tratamiento. En cuanto a los insumos para la generación de un contexto seguro, debe contemplarse la regulación emocional del consultante, su nivel de ansiedad, el soporte del propio malestar, la labilidad emocional, el estado de ánimo depresivo y la intensidad de sus emociones; de igual forma, deben evaluarse la autoagresión, la impulsividad y en general, las estrategias de primer nivel mencionadas en el capítulo correspondiente al psicodiagnóstico. En cuanto al plan de tratamiento, debe dar respuesta a la formulación de caso desarrollada; en si, la evaluación logoterapéutica representa la valoración de las potencialidades y restricciones de una persona en un momento histórico-social, con conceptualización de la noodinamia y concepción de mundo del consultante y las posibles rutas que faciliten la desrestricción y el despliegue de la espiritualidad (Martínez, 2007). Siendo éste un proceso progresivo a lo largo de la psicoterapia, que si bien requiere una aproximación inicial en un periodo de tiempo prudente, la misma es provisional y limitada ante el misterio humano. La evaluación y el diagnóstico se exponen de manera detallada en el capítulo de psicodiagnóstico.

4. **La consolidación de la relación terapéutica.** De la cual depende la apertura suficiente para desarrollar una buena evaluación y la generación de un espacio seguro que le permita a la persona avanzar en su proceso de cambio. Como se expuso en el capítulo anterior, la relación terapéutica es la base de la psicoterapia centrada en el sentido, siendo función del terapeuta construir credibilidad y confianza en el proceso, facilitar un espacio en donde el consultante sienta que puede ser, generar esperanza y optimismo, fijar una relación de colaboración y apoyo despertando en el consultante la sensación de ser comprendido y aceptado a través de una postura empática real, reconocer los logros del consultante, utilizarse a sí mismo como recurso terapéutico para aumentar la autocomprensión del paciente, crear un escenario compartido a través de un estado mental construido con símbolos y lenguaje propio de la relación, hablar de la relación dándole identidad a la misma, en sí, en los primeros momentos debe consolidarse la base del proceso terapéutico.

5. **La motivación para el cambio.** Así como la relación terapéutica y el contexto seguro deben mantenerse a lo largo del proceso terapéutico, la motivación para el cambio inicia desde los primeros momentos y se mantiene a lo largo del proceso. A través de la movilización de la capacidad de autoproyección, debe buscarse que la persone encuentre los "para qué" de la libertad, encuentre el sentido del cambio despertando la emocionalidad de la atracción que genera una vida en un nivel diferente. La logoterapia es una psicoterapia motivacional, siendo en este punto especialmente necesario movilizar la voluntad de sentido (Frankl, 2001)

para movilizar la persona hacia el cambio, siendo útil la utilización del diálogo socrático como estrategia motivacional (Martínez, 2007, 2009c), así como las estrategias de la entrevista motivacional (Miller y Rolnick,1999). La motivación implica un estilo personal del terapeuta que afiance al consultante y que despierte sus potencialidades haciéndole parir sus recursos. Livesley (2001, 2003) recomienda:

a. Usar los sentimientos negativos asociados con el problema para motivar el cambio.
b. Ayudarles a reconocer otras opciones.
c. Enfocarse en pasos pequeños.
d. Identificar los obstáculos para cambiar.
e. Manejar la ambivalencia.

En los trastornos de la personalidad la motivación suele ser baja, pues en los problemas mentales se cambia la interpretación de la persona como alguien que puede ser distinto cada vez, por la de alguien que es así y no puede ser de otra manera (Frankl, 1992), situación por la cual el trabajo motivacional y despertar la chispa del sentido vital que atraiga el cambio, es un componente de primer orden en el proceso de cambio.

6. **La reducción de síntomas.** Parte de los primeros momentos del proceso terapéutico, pasa por la reducción de síntomas, siendo la misma parte integral de los procesos de logoterapia inespecífica (Lukas, 2003), haciéndose necesario reducirlos antes de que puedan causar nuevos problemas, pues la terapia en ocasiones es una carrera contra el tiempo (Lukas, 2006). La reducción de síntomas busca el control y regulación de los mismos ayudando al consultante a desarrollar habilidades para manejarlos (Livesley, 2003). La reducción de síntomas busca la estabilización de la persona para poder realizar un proceso psicoterapéutico de buen alcance, pues mientras la persona siga sufriendo por no poder dormir, por los ataques de pánico o por las estrategias de primer nivel que utiliza como una forma artesanal de manejar sus síntomas, es prácticamente imposible desarrollar un cambio profundo (Martínez, 2007). La reducción de síntomas pasa por el cambio de estrategias de primer nivel, por estrategias más saludables, superando de esta forma el consumo de sustancias, los comportamientos autolesivos y las demás estrategias destinadas al manejo de la disforia. Es posible que muchas de las estrategias de primer nivel, puedan haberse vuelto un problema, siendo necesario primero abordar este tipo de problemas y sus respectivos síntomas, antes de abordar la personalidad, ya que los mismos suelen enmascarar restricciones más profundas, y ser malos indicadores de éxito terapéutico (Quiroga y Errasti, 2003). Cuando los niveles de restricción de la persona no son tan altos y sus estrategias son más de segundo nivel (ver capítulo sobre pasividad y

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

actividad), la reducción de síntomas puede desarrollarse de manera más rápida a través de técnicas clásicas como la derreflexión y la intención paradójica (Frankl, 1992, Lukas, 2003, 2006). Para las estrategias de primer nivel Livesley (2003) recomienda: a) la distracción reenfocando las acciones y pensamientos en acciones más placenteras, b) la sustitución, cambiando las estrategias por otras menos dañinas, c) la evitación, alejándose de aquellos elementos que se pueden usar para dañarse a si mismo, d) la reducción de la egosintonía, resignificando las acciones para que generan egodistonia, y e) la búsqueda de ayuda. De igual forma, métodos alternativos como la respiración, el yoga, el ejercicio físico, la fisioterapia para reducir estrés y la estructuración de un estilo de vida "más saludable", pueden acompañar el proceso de reducción de síntomas.

Además de los seis puntos anteriores, el terapeuta centrado en el sentido debe buscar la adecuada formulación del caso del consultante, facilitando el autodistanciamiento de la persona para el posicionamiento del mismo ante el proceso y ante lo que le acontece, el autoconocimiento, el monitoreo de las actividades y pasividades incorrectas, y la regulación inicial de síntomas. El terapeuta debe centrarse en la movilización de la facultad de autodistanciamiento y sus respectivas capacidades de autocomprensión, autorregulación y autoproyección, trazando un orden lógico de la manera como movilizará dichos recursos para el desarrollo de los seis puntos anteriores.

Algunas sugerencias para la estructuración del plan de tratamiento son:

Momentos iniciales de la autocomprensión

- La capacidad autocomprensiva en los primeros momentos busca que la persona pueda monitorearse a sí misma para reconocer y comprender lo que le pasa, como le sucede y qué implicaciones tiene.
- Busca la identificación de las pasividades y actividades incorrectas (estrategias de afrontamiento) y se centra en que la persona pueda ver su participación en lo que está viviendo y la manera como mantiene y enfrenta lo que sucede.
- Las estrategias terapéuticas utilizadas buscan que el consultante pueda comprender su manera de verse a sí mismo, a los demás y al mundo, reconociendo su mundo emocional y la manera cómo interpreta la realidad.
- La autocomprensión busca en el caso de los trastornos de la personalidad, superar la egosintonía de muchas disfunciones, ver lo dado a la conciencia y valorar lo visto.
- La autocomprensión busca generar conexiones entre objetos intencionales, construyendo mapas que brinden un orden coherente de lo que sucede, siendo prudente para no violentar emocionalmente a la persona en proceso.

– La autocomprensión clarifica eventos y consecuencias a un ritmo prudente para el consultante. Ayuda a identificar los obstáculos para profundizar en la misma autocomprensión.

Momentos iniciales de la autorregulación

– La capacidad de autorregulación se centra en los primeros momentos en la reducción de los síntomas del consultante y en el control adecuado de las estrategias de primer nivel.
– Manejar los límites impuestos por el contexto seguro generado en el proceso terapéutico.
– La autorregulación busca manejar las crisis emocionales y controlar la impulsividad.
– Oponerse a los mandatos psicofísicos que empujan a distensionar el "malestar".
– Utilizan la derreflexión para descentrarse del malestar.
– La autorregulación implica utilizar técnicas como la intención paradójica y la derreflexión, técnicas alternativas como las mencionadas con anterioridad, así como estrategias de anclaje situacional (pies firmes en la tierra, apretar un símbolo, etc.) que le permitan a la persona mantener el contacto con la realidad (Livesley, 2003).

Momentos iniciales de la autoproyección

– La capacidad de autoproyección se centra en aumentar la motivación para el cambio en el consultante.
– Busca que el consultante renueve su tensión entre el ser y el deber ser.
– Moviliza su espiritualidad para anticipar el posible bienestar fruto del cambio a adquirir.
– La autoproyección busca superar el miedo al cambio y dar fuerza a la persona para superar la tendencia a la homeóstasis.
– Evaluar el precio que implica cambiar, observando las ganancias que pueden disparar el cambio.
– La autoproyección busca fomentar la esperanza en que el cambio es posible.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

SEGUNDOS MOMENTOS
Mantenimiento de la relación terapéutica y uso de la misma en el proceso de cambio, cambio de estrategias de segundo nivel por estrategias de tercer nivel, resignificación o flexibilización de las restricciones que implanta lo psicofísico a lo noológico

Los segundos momentos son destinados a la intervención recíproca entendida como el proceso a través del cual se da curso al cumplimiento de los objetivos terapéuticos planteados en los primeros momentos, denominándose intervención recíproca porque en la relación terapéutica en donde ambas partes no se transforman no se puede hablar de verdadero encuentro (Martínez, 2007).

Los segundos momentos del proceso centrado en el sentido se enfocan en el mantenimiento de la relación terapéutica y el uso de la misma en el proceso de cambio, el cambio de las estrategias de segundo nivel por estrategias de tercer nivel, y la resignificación o flexibilización de las restricciones que implanta lo psicofísico a lo noológico, a través de la movilización de la facultad de autodistanciamiento y sus respectivas capacidades de autocomprensión, autorregulación y autoproyección, y en algunos casos de la facultad de la autotrascendencia con sus capacidades de diferenciación y afectación.

1. **Mantenimiento de la relación terapéutica y uso de la misma en el proceso de cambio.** El trabajo fundamental de los segundos momentos tiene que ver con la resignificación del organismo psicofísico que ha venido restringiendo la expresión auténtica de la persona; una vez la relación terapéutica se ha consolidado, la misma adquiere un poder de cambio potente, pues moviliza los recursos de la persona utilizándose a sí misma para que pueda verse de forma profunda, permitiéndole al terapeuta activar las vivencias restrictoras que han hecho al organismos psicofísico rígido, bloqueando la manifestación de los recursos personales. La relación terapéutica facilita la resignificación "en vivo" de las vivencias que surgen a través de la sesión terapéutica.

2. **Cambio de estrategias de segundo nivel por estrategias de tercer nivel.** Una vez la persona ha reducido sus síntomas, ha aumentado su motivación para cambiar y ha desarrollado un sano autodistanciamiento, se encuentra lista no sólo para monitorearse a sí misma, sino también para autorregularse y resignificarse; en este punto del proceso la persona no sólo puede verse a sí misma evaluándose, también logra aceptar el flujo emocional, aumentando su tolerancia al malestar y asumiendo una posición interna ante lo que le acontece, siendo capaz de asumir nuevas conductas y enfrentar la incertidumbre de lo desconocido y del cambio. En este momento del proceso se generan alternativas, se promueven nuevos comportamientos que resignifican el modo de ser y se fijan nuevas formas de

afrontar la realidad. En términos logoterapéuticos utiliza el poder desafiante y de oposición del espíritu humano.

3. **Resignificación o flexibilización de las restricciones que implanta lo psicofísico a lo noológico.** En los segundos momentos el organismo psicofísico debe ser flexibilizado, soltando el carácter cerrado de la dimensión psicológica para que enfrente la incertidumbre de la resignificación, para que permita el cambio superando el miedo a la pérdida de identidad. En esta parte del proceso se trabaja en profundidad a nivel vivencial, resolviendo las huellas profundas que marcaron la biografía restringiendo a la persona, el terapeuta se adentra en el mundo vivencial del consultante acompañándolo a sacar lo que tanto evita que sea tocado, protegiéndolo con pasividades y actividades incorrectas; se abre el mundo de lo íntimo para sanar el dolor interno, superar la angustia de ser visto y superar el miedo producido por creer que siempre será tratado o visto de la misma manera. El temperamento y el carácter son resignificados permitiendo el despliegue de los recursos personales, siendo los segundos momentos el trabajo tradicional de la psicoterapia, pero diferenciándose la intervención centrada en el sentido, en el hecho de centrarse en la movilización de los recursos personales frente al organismo psicofísico, haciendo énfasis en lo sano de la persona y no en lo enfermo. La flexibilización de las restricciones permite la manifestación de una personalidad auténtica. Este momento terapéutico es el salto de la inautenticidad a la autenticidad, pagando el precio y la angustia que significa asumir lo propio y hacerse real.

Los tres puntos anteriores se desarrollan facilitando el autodistanciamiento de la persona para la resignificación del modo de ser y la expresión de una personalidad auténtica. El terapeuta debe centrarse en la movilización de la facultad de autodistanciamiento y sus respectivas capacidades de autocomprensión, autorregulación y autoproyección, así como de las capacidades de la facultad autotrascendente.

Algunas sugerencias para la estructuración del plan de tratamiento son:

Momentos intermedios de la autocomprensión

- La capacidad autocomprensiva en los segundos momentos busca que la persona acepte radicalmente lo que le sucede, logrando observar las emociones que surgen al movilizarse sus vivencias restrictoras, aceptándolas sin luchar o huir de las mismas.
- Busca describir lo que lo toca emocionalmente, describiéndolo, conectándolo y evaluándolo.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Pretende aceptar lo captado y lo vivido, incluyendo la aceptación de lo que le es inaceptable, permitiendo la experiencia del fluir emocional involucrado. No es resignarse, es aceptarlo.
- La autocomprensión busca resignificar las experiencias, cambiando la visión de mundo del consultante, la manera como evalúa a las demás personas y la forma como se ve a sí mismo.

Momentos intermedios de la autorregulación

- La capacidad de autorregulación se centra en el aumento de la tolerancia al malestar, experimentándolo sin intentar huir o eliminarlo.
- La autorregulación busca poner en marcha comportamientos alternativos, a pesar de las fuerzas psicofísicas que intentan preservar los viejos patrones, resignificando de esta forma el modo de ser y fijando nuevas estrategias.
- La capacidad de autorregulación en los segundos momentos también implica aprender a ignorar los llamados de los viejos patrones, desobedeciéndose y dándose a si mismo un nuevo orden funcional.

Momentos intermedios de la autoproyección

- La capacidad de autoproyección se centra en mantener la motivación para el cambio en el consultante.
- Busca que el consultante mantenga su tensión entre el ser y el deber ser.
- La autoproyección busca plantear metas de trabajo terapéutico con independencia de lo que se está llevando a cabo en terapia.

Momentos intermedios de la diferenciación

- La capacidad de diferenciación busca que la persona reconozca lo propio en su vida, lo auténtico.
- Busca el reconocimiento de lo interpersonal, aceptando a los demás como otros independientes de sí mismo.
- La diferenciación trabaja por respetar las emociones de los demás, sin personalizar ni sentirse atacado, permitiéndoles ser.
- Mantenerse en la autenticidad sin que el contexto lo absorba.
- Moviliza la capacidad básica para generar contextos interpersonales en donde pueda ampliar su soporte social y afectivo.

Momentos intermedios de la afectación

- La capacidad de afectación busca dejarse tocar por los valores que le pertenecen a la persona, resonando afectivamente ante su reconocimiento.
- La afectación busca el aumento de la autoestima, sintiendo el percibir afectivo de los valores reconocidos en sí mismo.
- La afectación busca que la persona pueda empatizar con los otros, leyendo el mundo emocional ajeno.

MOMENTOS FINALES
Consolidación del cambio, prevención de recaídas, sentido de vida y despliegue espiritual

Los últimos momentos se dedican especialmente al desemboque de la logoterapia en un análisis existencial que busca el contacto con la espiritualidad, ayudando a expresar sus contenidos y desplegando el sentido de la vida, consolidando el cambio a través de la prevención de recaídas y aceptando aquello que no se puede cambiar, a través de la movilización de la facultad de la autotrascendencia con sus capacidades de diferenciación, afectación y entrega, así como de algunos movimientos autodistanciantes.

1. **Consolidación del cambio.** La consolidación del cambio es el momento en el que se normaliza el nuevo orden funcional adquirido por el consultante; en este punto el terapeuta se centra en hacer consciente en el consultante todos los logros obtenidos, reconociendo especialmente cómo en nuevos contextos y situaciones se aplican los cambios desarrollados, velando porque el crédito del cambio sea atribuido a factores internos de la persona y no a procesos farmacológicos o al terapeuta. La consolidación implica una visión retrospectiva del proceso terapéutico, apropiándose el consultante del trabajo realizado con una clara diferenciación de un antes y un después del proceso terapéutico.

2. **Prevención de recaídas.** La prevención de recaídas se centra en la anticipación de posibles regresiones u obstáculos que puedan desatar una vuelta a viejos patrones de funcionamiento, desarrollando las estrategias para identificar pequeños pasos que indican regresión, alternativas para manejar dichos momentos y los procesos que se llevarían a cabo para prevenir la recaída. En este momento del proceso debe enfatizarse el recuento de las estrategias o pasividades y actividades incorrectas que se utilizaban ante el estrés, señalándolas como semáforos inmediatos de que algo está sucediendo en el mantenimiento del proceso de

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

cambio; de igual forma, deben señalarse las nuevas estrategias que se oponen a las antiguas e incluso desarrollar actividades que pongan a prueba la habilidad del consultante para recurrir a los recursos pertinentes bajo ciertas situaciones de crisis. Punto esencialmente matizado por el despliegue de la espiritualidad y el sentido de la vida, pues el mismo, en el ámbito de los trastornos de la personalidad se puede considerar un factor preventivo de la recaída (Cloninger, 2007).

3. **Sentido de vida y despliegue espiritual.** El sentido de la vida y el despliegue de lo espiritual son la consolidación final del proceso de cambio, considerándoseles el paso de las estrategias de tercer nivel a estrategias de cuarto nivel. Una vez la persona a desarrollado su proceso de cambio, la identidad y su nuevo orden suelen generar una sensación de sin sentido, pues como decía Frankl (1994b): "Mas ello no resolvía las cosas. Lo que sucedía, más bien, era que si se suprimía una neurosis –y con mayor frecuencia, cuando no se la suprimía–, quedaba un vacío. El paciente se adaptaba bien, pero surgía una ausencia de sentido". Experiencia que suele facilitar la recaída y la vuelta a ordenes coherentes –aunque disfuncionales– con viejas formas de vivir la vida y experimentar el mundo.
   La búsqueda del significado es especialmente relevante en el tratamiento de los trastornos de personalidad porque la mayoría de los consultantes encuentran sus vidas y sus experiencias inexplicables (Livesley, 2001, 2003), siendo en este punto necesario trabajar con fuerza, pues son pocos los profesionales de la salud que cuentan con los recursos técnicos para hacerlo, como dice Cloninger (2007):

   > Los psiquiatras necesitan herramientas que sirvan en personas con trastornos de personalidad severos que tienen poco sentido de que la vida puede tener significado y de que puede ser satisfactoria o que carecen de la energía y motivación para trabajar en la terapia. De lo contrario el rango de aplicación sería limitado o el terapeuta estaría haciendo todo el trabajo, lo cual es frustrante y no productivo.

   Los últimos años han sido testigos de la influencia de la espiritualidad en la salud, pues parece tener un fuerte impacto en las emociones, pensamientos y comportamientos de la gente relacionados con resultados positivos en la salud y la relación del sentido de la vida con el bienestar, el afecto positivo, el adecuado afrontamiento y la felicidad (Cloninger, 2007, Greenglass y Fiksenbaum, 2009, Pan, Keung Wong, Wan Chan y Joubert, 2008, Vella-Brodrick, Park y Peterson, 2009, Peterson, Park y Seligman, 2005, Folkman y Moskowits, 2000, Krok, 2008, Schnell y Becker, 2006, Adler y Fagley, 2005, Ho, Cheung y Cheung, 2010), todos ellos elementos de vital importancia en el abordaje de estas problemáticas, pues obtener una nueva dirección en la vida hace parte del abordaje integral de los trastornos de la personalidad en donde el sentido del yo, la sensación de coherencia interna, el proyecto de vida, la dirección hacia el futuro y en

general los diferentes componentes del sentido vital se encuentran golpeados. En palabras de Livesley (2003):

> El componente funcional de la integración surge de los efectos de la organización de la dirección a metas. Las metas dan significado y propósito a la vida, lo cual contribuye a una sensación subjetiva de plenitud y totalidad. Las metas complejas a largo plazo también promueven la integración vinculando submetas que necesitan ser alcanzadas en el camino y juntando motivos, intereses, habilidades y otros atributos en función de lograr las metas.

En este momento del proceso, el entrenamiento en percepción de sentido (Martínez, 2009c, 2009d) y el método de esclarecimiento existencial (Martínez, 2009d) pueden generar recursos que faciliten el cumplimiento de estos objetivos.

Los tres puntos anteriores se desarrollan facilitando el autodistanciamiento de la persona para la prevención de recaídas, pero especialmente la autotrascendencia para la consolidación del cambio y el despliegue del sentido de la vida. El terapeuta debe centrarse en la movilización de la facultad autotrascendente y sus capacidades de afectación y entrega. Algunas sugerencias para la estructuración del plan de tratamiento son:

Momentos finales de la autocomprensión

- La capacidad autocomprensiva en los momentos finales busca que la persona acepte sus vulnerabilidades, aceptando lo humano en lo cotidiano.
- Pretende aceptar lo logrado, transitando entre el antes y el ahora, observando y aceptando lo alcanzado en el proceso terapéutico.

Momentos finales de la autoproyección

- La capacidad de autoproyección se centra en mantener la motivación para mantener los cambios alcanzados.
- Busca que el consultante pueda anticipar los posibles riesgos para recaer, así como las habilidades y recursos que utilizaría para prevenir la recaída.
- La autoproyección busca plantear metas con sentido, despertando la atracción por una vida futura consolidada.

Momentos finales de la afectación

- La capacidad de afectación busca dejarse tocar por los valores y el sentido que se encuentran el mundo, resonando afectivamente ante su presencia.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

– La afectación busca el aumento de la tensión entre el ser y el deber ser, identificando proyectos que plenifiquen a la persona.
– La afectación busca a través de un percibir afectivo identificar áreas de sentido en las que pueda donarse.

Momentos finales de la entrega

– La capacidad de entrega busca que la persona pueda hacer suya una tarea con sentido, una misión por realizar o un proyecto por realizar.
– La entrega se centra en el desarrollo de acciones concretas que encarnen los valores que llenan la vida de sentido.
– La entrega es la realización del sentido.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

1. Vale la pena en este punto aclarar que los diferentes momentos de movilización de los recursos noéticos, no son siempre de la manera como ha sido expuesto, pues la individualidad de la persona pueda implicar la utilización de recursos en otros momentos; sin embargo, el presente texto es un intento por brindar un orden flexible para el adecuado diseño de planes de tratamiento, especialmente en los trastornos de la personalidad, pues en otro tipo de problemas, las intervenciones suelen ser menos complejas.

2. La motivación para el cambio, la autoproyección, debe ser constante a lo largo del proceso terapéutico.

3. Las intervenciones que activan el mundo emocional deben ser prudentes, adaptándolas al momento del proceso terapéutico, pues las equivocaciones en esta toma de decisiones repercuten en la adherencia al proceso y suelen agravar las estrategias de afrontamiento que usa la persona.

4. La validación es una estrategia constante en el abordaje de los trastornos de la personalidad, su foco se centra en aceptar las experiencias del consultante sin juzgar su realidad, así como en las recomendaciones dadas en la parte correspondiente a la relación terapéutica.

5. Durante el proceso debe mantenerse el uso adecuado del diagnóstico alterno desarrollado en la formulación, pues centrarse en las fortalezas, da un piso que le permite a la persona posicionarse ante lo que le acontece.

6. Es importante brindarle soporte constante a la persona, permitiéndole que avale algunas de sus decisiones, dadas las circunstancias y los recursos con los que contaba en el momento en que se encontraba; dicho soporte no debe quitarle la responsabilidad de los actos, pues brindar soporte significa darle abrigo y piso a la persona, pero no quitarle su responsabilidad.

7. Normalizar el mundo emocional de la persona cuando el mismo hable del bienser, es decir, muchas personas se sienten mal por haber hecho algo incorrecto, y eso querría decir que están muy bien, pues si alguien se sintiera bien por hacer algo incorrecto, sería realmente preocupante. Muchas personas se sienten mal y están mal, otras personas se sienten mal, pero están bien. De igual forma, podemos encontrar conductas egosintónicas en donde la persona se siente bien aunque este mal (por ejemplo al usar drogas). Normalizar el mundo emocional del consultante significa "darle el permiso" de sentirse mal en una situación en la que sentirse mal habla muy bien de él (sentir culpa por hacer algo incorrecto, sentirse triste por perder algo valioso, etc.).

© **Editorial El Manual Moderno** Fotocopiar sin autorización es un delito.

7

La actuación como forma de vida: el modo de ser histriónico

El histrionismo es una de las características psicológicas más antiguas en la psicología y la psiquiatría, siendo un estilo o trastorno bastante referenciado y citado en la amplia literatura sobre trastornos de personalidad y en la ya en desuso clasificación de neurosis histéricas. El hoy en día llamado histrionismo se ha convertido en parte del lenguaje popular, incluso es casi un insulto decirle a alguien "histérico" o tildar un comportamiento con el famoso "no seas tan histérica", lo que no suele saberse es lo que realmente significa este modo de ser, ni el dolor y sufrimiento real que genera a la persona que lo encarna, así como a los seres que le rodean. Su vida es una actuación y el vacío que esto genera, su infierno. En palabras de Jaspers (1993):

> La personalidad histérica tiene necesidad de aparecer ante sí y ante los otros como más de lo que es; de experimentar más de lo que es capaz de experimentar. En lugar de vivenciar originario, legítimo, con su expresión natural, aparece un vivenciar forzado, fabricado, teatral; pero no "fabricado" conscientemente, sino con la capacidad (el don propiamente histérico) de vivir del todo en el propio teatro, de estar allí por completo en el momento, por tanto con la apariencia de lo legítimo.

El trastorno histriónico de la personalidad es uno de los modos de ser inauténticos con mayor prevalencia en los trastornos del eje II, así como en el género femenino; sin embargo, algunos autores referencian estudios en donde los hombres y las mujeres están afectados por igual (Beck, 2005), aunque en contextos clínicos las mujeres tienden a ser más diagnosticadas con este trastorno (Blagov, Fowler, Lilienfield, 2007). El presente capítulo pretende hacer una contextualización de este modo de ser, diferenciando un modo auténtico con rasgos actorales de un modo inauténtico con trastorno de personalidad, sus características, desarrollo, diferencias

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de género, tipos, diagnóstico diferencial, relaciones, estrategias de afrontamiento y especialmente su abordaje terapéutico desde los principios de Víktor Frankl.

LAS MIL CARAS: CARACTERIZACIÓN DEL MODO DE SER "ACTORAL"

El modo de ser histriónico implica un proceso temperamental y caracterológico que restringe en mayor o en menor medida el organismo psicofísico, dificultando o facilitando la expresión de la libertad y los recursos personales. Cuando el modo de ser puede expresarse de manera auténtica denominamos a dicha manifestación un estilo de personalidad actoral que será descrito más adelante; sin embargo, cuando el modo de ser no puede expresarse de esta manera y no refleja lo que en esencia es, la personalidad inauténtica hace referencia a un trastorno de personalidad histriónico, todo ello sobre la base de un continuum o degradé que va desde lo auténtico hasta lo inauténtico.

Para la psicoterapia centrada en el sentido Ex-sistir tiene una doble trascendencia, por un lado significa dirigirse fuera de si (autotrascendencia) y por otro, dirigirse hacia si (autodistanciamiento), existir no significa simplemente estar dirigido hacia algo o estar confrontado consigo mismo, se requieren de las dos condiciones básicas, y es precisamente allí, en donde se frustra la existencia del modo de ser histriónico, pues al no poder acceder a sí mismo, se vuelca en el otro para obligarlo a que lo "vea" y le dé un lugar en el mundo; la dialéctica intimidad-otredad en la que nos movemos los seres humanos, está claramente definida en este trastorno: Permanecen en la otredad, no conocen la intimidad más que por una visión sesgada fruto de las reacciones de los otros ante su exigencia de ser visto; salen de sí, pero no autotrascienden, pues no tienen nada para dar, su organismo psicofísico se encuentra cerrado y su interés por el otro, no es un legítimo interés, más bien se sienten empujados por su egocentrismo extremo. No se ha volcado al exterior para sobrevivir, sino para vivir, pues no siente que exista; al no acceder a su intimidad, se vuelcan sobre los otros dedicando todo su esfuerzo a buscar afuera lo que les falta, es decir, buscando la intimidad; lamentablemente este esfuerzo fracasa pues la doble trascendentalidad de la persona humana, hacia los otros y hacia sí mismo (Frankl, 1994d) se encuentra restringida generando un recalentamiento o sobrecarga de su organismo psicofísico. Dadas estas condiciones, la vivencia del histriónico se caracteriza por:

La **perdida de sí mismo** en la inautenticidad de permanecer cerrado al mundo a través de su egocentrismo extremo y cerrado a sí mismo con la incapacidad de verse; no está abierto ni en contacto consigo mismo, no puede apropiarse de si, así es que no tiene nada propio, nada que le pertenezca, permaneciendo en la extrañeza de vivir en un mundo como un fantasma que busca desesperadamente que los de-

más le vean y lo liberen de su sensación de no existir. De esta forma, queda atrapado en la otredad que le permite reconocerse, pero al no poder acceder a sí mismo, dicho reconocimiento nunca llega; se pierde de si, pues lo que busca en el otro no puede reconocerse como existente en su interior. Su Dasein no puede elegirse ni conquistarse, su proyecto no es verdadero (Heidegger, 1995). Sale en la búsqueda desesperada de corroborar su existencia y deambulando de un lado para otro se pierde, no le alcanza ni se concreta, se extravía, permaneciendo en las opiniones de los demás, fundiéndose con los otros y permaneciendo en la impropiedad de las habladurías (hablando de lo intrascendente constantemente), la búsqueda de novedades (con una curiosidad superficial buscando lo que está de moda) y la ambigüedad.

La **evasión de la responsabilidad** al no hacer nada propio, ni tener un verdadero proyecto, pues nada le pertenece y por tanto no asume ninguna responsabilidad, renuncia a cualquier tipo de compromiso o involucramiento de "propiedad", así como a cualquier responsabilidad que se le presente a su experiencia, siendo víctima reactiva de la misma (Spinelli, 2005) y esperando que los demás se hagan cargo de su vida, sus cuentas y asuman sus culpas. Este modo de ser no asume su participación en nada, pues él no existe, no puede verse, se ha hecho invisible y por tanto la culpa siempre es del otro. La responsabilidad entendida como la habilidad para dar una respuesta personal, se encuentra seriamente afectada, ya que no hay nada personal que pueda dar como respuesta, no hay nada reflexivo que lleve hacia la interioridad y si mucho miedo a ver lo que no hay adentro.

La **apariencia de la autenticidad** en donde quiere mostrarse auténtico disfrazándose con ropajes, tintes de cabello o manierismos novedosos y de moda; quiere ser la propia persona y hacer las propias cosas, pero no es consciente de la existencia y de sus posibilidades finitas en relación con el futuro. En sí, el modo de ser histriónico no está abierto a su propio ser, confrontándose con el mismo tal como es, sólo puede aparentar que se es genuino y único, paradójicamente quedando atrapado en el "uno" de lo social. Quiere apropiarse de las cosas, vincularse con algo, comprometerse, vincularse en una relación pero fracasa al no tener nada propio que ofrecer ni responsabilidad alguna que asumir.

La **falta de acceso a sí mismo** en un organismo psicofísico que se encuentra cerrado y no permite acceder a la persona espiritual; por ello buscan afuera, la espiritualidad no es doblemente trascendente; la persona no puede ejercer autoconciencia alguna, la intimidad se ha hecho invisible y la persona se ha hecho impotente para hacerse cargo de si e instrumentalizar su organismo psicofísico. No tiene casa propia, ni patria, ni un lugar en el mundo que pueda experimentar pues ni siquiera ha hecho suyo su cuerpo. Al no estar en su hogar no se siente acogido ni amparado, se

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

siente en la indigencia, sin abrigo ni contención, aparentando tener todo sin realmente tenerlo.

El **dolor de no existir** al no lograr que los demás le vean, pues aunque se intenta obligar al otro a que dirija su mirada hacia si, lo único que el otro ve es la apariencia, pues no hay nada propio detrás de tal fachada, motivo por el cual el vacío es mayor y el esfuerzo por ser visto se hace más fuerte. El dolor de no ser visto se traduce en una ofensa existencial y en la vergüenza y tristeza de no ser suficiente ni valorado en su esfuerzo por hacerse visible. Este dolor genera una duda constante acerca de que es real y que no es real, acerca de que es lo que tengo mal para que los demás me ignoren; la sensación de no existir le hace perder realidad de si, asumiendo fantasías como realidades que le disminuyan el dolor de no valer, un dolor del que ni siquiera puede protegerse, pues no se cuida, ya que la posibilidad del "cuidado" sólo se produce ante la posibilidad de dejar de ser y en este modo de ser no se puede dejar de ser, ya que nunca se ha sido.

El **desconocimiento del mundo emocional** en donde la dificultad para acceder a si mismo le impide reconocer y aceptar su fluir emocional, actuando las emociones si cree que le conviene o que "debería ser así" o desbordándose sin control cuando las mismas le rebasan sin poder comprenderlas. La emocionalidad estalla sin que la persona comprenda la razón de su desbordamiento, la persona no logra ver su lucha por la homeóstasis emocional, no comprende la razón de ser de su sentimiento de ser ofendido al no ser visto, no comprende porque se siente inseguro y avergonzado, pues no logra acceder a sus vivencias.

La **búsqueda de un lugar en el mundo** en donde aspira a ser corroborado en su existencia, siendo "visto" por todo lo que le rodea. Cuando no se sabe quien se es, es muy difícil saber a dónde se pertenece; sin raíces, sin hogar y sin identidad sentida como propia, se hace un paria de lo social, transitando de un grupo a otro en busca de un lugar en donde obtener el estatus de existente. Salta de pareja en pareja en búsqueda de alguien que lo vea y lo haga real. Una búsqueda interminable pues nadie logra ver lo íntimo de este modo de ser, pues es aparentado y hecho invisible, encontrándose sin lugar a pesar de la búsqueda constante.

El **cuerpo como un instrumento ajeno** a sí mismo que puede ser utilizado a conveniencia. El cuerpo es un objeto que no es propio, aunque es un objeto necesario para hacerse ver, por ello debe permanecer bien arreglado y pulido de tal forma que no pase desapercibido. Al no ser dueño de su cuerpo, al ser tan solo un instrumento ajeno a sí mismo, este modo de ser nunca se siente visto y con derecho a existir de forma permanente, a pesar de ser deseado por los otros. Su cuerpo parecería tener vida e identidad propia, pues no hay nadie adentro que sea amo y señor. A veces

ni el sexo lo conecta con su cuerpo. Su cuerpo esta desconectado de sí y necesita sentirse en un lugar propio.

El **miedo a no ser visto** lo empuja a la búsqueda de contextos en donde se sienta observado, pero no evaluado de cerca pues la intimidad es dolorosa y angustiante. Se envían mensajes de invitación a intimar, pero se huye de lo íntimo por el miedo a que los demás descubran lo que no hay por dentro. La ambigüedad es una forma de vida, por un lado se quiere ser visto y por otro se huye de ser descubierto, este miedo a no ser visto y al mismo tiempo a ser descubierto le hace desarrollar un sinnúmero de estrategias que lo pueda proteger del dolor de no existir, en una danza de "tirar y aflojar" a través de un "no me mírame", "no te acércate", "no me quiéreme".

Sin **tiempo para vivir** pues hay mucha impaciencia al sentir que algo le hace falta, que se está incompleto pues se carece de intimidad. La impaciencia es una fuerza que lo empuja a buscar lo que le hace falta en los otros, saltando y corriendo de un lado para el otro sin alcanzar afuera lo que le falta adentro, se extravía, se pierde y se siente vacío al no llenar su ausencia. Al no haber tiempo para vivir, no hay ninguna vivencia, no hay nada que haya "sido", la nada y el vacío empujan. Como esta tan ocupado con alcanzar en el otro lo que no está y no se ocupa en realidad con lo que esta y si tiene, la nada se refuerza (Laengle, 2010). El modo de ser histriónico experimenta en la temporalidad, la angustia de no existir como proyecto, la amenaza de no ser, de estar disuelto en el continuum temporal que llamamos identidad; ni siquiera se siente aniquilado, pues no existe. El futuro se restringe como posibilidad viviendo un eterno presente, también el pasado propio desaparece, pues en la inautenticidad no hay nada propio, nada "ha sido". La limitación temporal de la vida es un factor constitutivo del sentido de la vida misma, pues el mismo se basa en el carácter irreversible de la existencia (Frankl, 1997), sentido que en la inautenticidad se hace lejano. No hay proyecto, sino mero presente.

La **permanencia en el mundo de la inautenticidad pues** no aparece ante la conciencia de sí, haciéndose invisible e impotente; invisible porque no puede verse a si mismo ni refleja lo que la persona es, e impotente porque no puede hacer suyo lo propio, no se puede expresar como dueño de sí, ni manifestar sus recursos noéticos. No puede hacer real la existencia de la persona. Este modo de ser hace referencia a la impermeabilidad y el cierre de la persona ante sí misma, se encuentra restringida o bloqueada en su manifestación, intentando preservarse de manera estática y rígida ante el dolor de existir, pues la vida exige una dialéctica relación entre el adentro y el afuera que aterroriza al histriónico.

Después de esta mirada fenomenológica existencial al trastorno histriónico de la personalidad, corresponde en este momento introducir descripciones más puntuales de este modo de ser:

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

La persona con trastorno histriónico de la personalidad se **expresa** de forma subjetiva con grandes matices dramáticos con independencia de lo impactante a nivel emocional que pueda llegar a ser una situación, su lenguaje es superficial sin poder profundizar o argumentar acerca de los adjetivos exagerados que presenta, así como de los juicios que emite sobre personas y situaciones, dramático y su expresión no se autorregula en los diferentes contextos, utilizando su cuerpo, su tono de voz y su lenguaje como estrategia para llamar la atención, como menciona (Yudoksky, 2007) "Respecto a su forma de pensar y comunicarse, las personas con trastorno histérico de la personalidad tienden a ser subjetivas, difusas, imprecisas y dan información carente de matices con lo cual es imposible entenderlas con claridad". Se ven llenas de emociones y muy variables, suaves y atractivas, con su expresión facial coqueta, semiconscientemente interesada y desmesuradamente exageradas (Jaspers, 1993).

Su forma de **relacionarse** es claramente expansiva, intentando ocupar todo el espacio y ubicándose en el centro de las relaciones, en un lugar estratégico para ser "visto", al punto que llega claramente a hacer pasar vergüenzas a amigos y personas cercanas debido a su exagerada expresión emocional, llorando en público, gritando, coqueteando o con movimientos llamativos. Sus relaciones interpersonales son seductoras con un fuerte deseo por conquistar el afecto del otro, especialmente si es del sexo opuesto (Caponni, 1987), logra relacionarse fácilmente con todas las personas, parece carecer de pena o vergüenza, le es muy fácil conseguir amigos y romper el hielo, manipula a los demás para lograr su atención, generando en el otro una sensación de atracción, a veces de peligro y en ocasiones de falsedad y vacío, pues su expresión exagerada carece del adecuado fundamento psíquico (Jaspers, 1993) que despierta en algunos la duda de si dicha expresión es genuina, siendo, como decía Frankl (1983, 1995), la falsedad una de sus principales características. Este modo de ser suele desarrollar una gran habilidad para captar los estados de ánimo y los pensamientos de los otros y así saber cómo impresionarlos, estando muy despierto para dar respuesta inmediata y captar la atención del otro desde lo emocional. Sus relaciones interpersonales son bastante superficiales aunque para este modo de ser la intimidad parece lograrse casi de inmediato, considerando sus relaciones más íntimas, cercanas y sólidas que lo que realmente son, siendo realmente intrusivo y confianzudo y llegando a sentir que un recién conocido es su amigo más fiel, leal y cercano. Se adapta a cualquier tipo de relación como si fuera un camaleón. Mimetizándose y dejándose sugestionar al punto de:

> ... que parecen no tener ya ninguna naturaleza propia. Son tal como es su ambiente eventual, criminales, religiosos, laboriosos, entusiastas para las ideas sugestivamente inspiradas, que defienden con la misma rapidez y con mayor intensidad que el creador, como las abandonan de nuevo a favor de una influencia ulterior" (Jaspers, 1993).

Considera a las demás personas como objetos a su servicio, que deben cumplir con sus expectativas de admiración, siendo personas agradables y buenas mientras les presten atención y les brinden afecto; para Beck (2005) las personas con este modo de ser "tratan de formar alianzas sólidas, pero con la condición de que se les permita ocupar el centro del grupo mientras que los otros miembros desempeñan el papel de audiencia atenta". Los otros son vistos como necesarios y esenciales, aunque no importe al fin y al cabo manipularlos o hacer lo que sea preciso para llamar su atención, finalmente suele desarrollar cierta dependencia afectiva y su valía personal depende del otro; parece haberse programado para creer que otros deben hacerse cargo de sus necesidades ya que el es muy deseable, agradable o necesitado (Smith, 2003), motivo por el cual hacerse cargo de su vidas y crecer lo aterroriza, pues ello significaría que ninguna persona se haría cargo de el, quedando sin público y sintiéndose vacío. Cumplir con estas tareas de individuación y crecimiento significa "dejar de ser" o perder identidad.

Su miedo a ser ignorado y su deseo de ser amado y cuidado por una figura fuerte pero manipulable, lo lleva a ser extremadamente seductor o amenazante, transitando desde el ofrecimiento sexual hasta la coerción con el suicidio (Smith, 2003) y aunque parece tener una alta autoestima sexual suele reportar mayores niveles de aburrimiento sexual, disfunción en el orgasmo, fobias sexuales y menor deseo (Blagov, Fowler, Lilienfield, 2007).

Sus relaciones íntimas son pobres, realmente le cuesta entregarse realmente –aunque aparente lo contrario–, de hecho una vez alcanzada su conquista, ésta pierde sentido y cae en un segundo plano que sólo retoma su lugar ante la amenaza del abandono. Teme que su ser íntimo sea descubierto y lo esconde tras fachadas exageradamente armadas; debido a su poco nivel de autoconocimiento, la exigencia de verdadera intimidad lo asusta pues no sabe bien que tiene para dar. Al parecer escoge con cierta frecuencia parejas y amigos antisociales seguramente debido a su tendencia común hacia la manipulación (Cale y Lilienfield, 2002).

Su **emocionalidad** se expresa con intensidad (Beck, 2005), pero no siempre son reales sus sensaciones, parecen exageradas o poco convincentes, muy parecidas a la actuación de un actor aprendiz, pareciera que necesita de fuertes emociones que le permita realmente sentir algo en sus vidas, pues como bien dice Jaspers (1993):

> Todo lo que significa una fuerte excitación de fuera lo atrae: escándalo, ruido, personalidades famosas, todo lo efectista. Lo desmesurado, lo extremo en concepciones artísticas y en concepciones del mundo. Para estar seguro de su significación, las personalidades histéricas tienen que jugar siempre un papel, tratando de hacerse interesantes en todas partes, incluso a costa de su fama y honor; son desdichadas cuando pasan inadvertidas algún breve momento, cuando están inactivas, porque se vuelven conscientes de inmediato de su vacío. Son por eso desmesuradamente celosas, cuando les parece que otros van a restringirlas en su posición o en su eficacia. Si no lo

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

consiguen de ninguna otra manera, atraen sobre ellas la atención por la enfermedad y hacen el teatro del martirio, del que sufre.

Los modos de ser histriónicos cambian de emociones con frecuencia y facilidad (Bockian, N., Jongsma, A., 2001), su afecto positivo más destacado es la **jovialidad** con cierta mezcla de **alegría** y **buen humor**, desde luego si han logrado comprometer a otros, sin embargo, suele mantenerse cierto **miedo** al rechazo que al hacerse realidad puede convertir el buen ánimo en **cólera** o **tristeza** (Beck, 2005). Les cuesta trabajo retrasar la expresión de sus emociones, pues estos modos de ser actúan siguiendo su emocionalidad (Millon, 2001, Beck, 2005) sin controlar sus reacciones y peor aún, exagerándolas al máximo, sin embargo, sus emociones parecen encenderse y apagarse con gran facilidad y rapidez, siendo esto un gran problema pues la toma de decisiones tiende a realizarse más desde la emoción que desde la razón. En su carrusel emocional y su dificultad para experimentar una emocionalidad auténtica, la búsqueda de emociones y novedades se convierte en una necesidad ante el aburrimiento constante que les produce lo cotidiano de la vida. Frecuentemente responden a pequeños estímulos con **ira**, llanto exagerado o pataletas irracionales logrando de esta manera mantener la atención que tanto temen perder.

Lo que se expresa emocionalmente no siempre tiene que ver con lo que están sintiendo realmente, pues su emocionalidad suele ser más instrumental o más un "deber ser" que una expresión con contenido real, no puede "esenciar" sus emociones (Lersh, 1971) ni reconocer su dimensión, por lo que vive en el desborde de la expresión.

Su **forma de pensar** es difusa y vaga, no se concentra con facilidad ni suele encontrar argumentos para profundizar en sus reflexiones, no le gusta pensarse y su capacidad para tomar distancia de sí mismas es bastante pobre; es altamente sugestionable y cambia de opinión con gran rapidez, al ritmo de la escena que más le convenga. Su pensamiento es fantasioso y disperso, saltando de un tema a otro y teniendo un estilo superficial, global, poco científico, basado en impresiones y con serias dificultades para planear su vida y ejercer la capacidad de autoproyección, pues es difícil verse a futuro diferente a como se es en el presente, cuando no se sabe quien se es y al mismo tiempo se es muchas personas a la vez. Lo objetivo, concreto, lógico, filosófico, profundo, existencial o trascendente no suele ser su principal virtud. Su forma de pensar es veloz pues se estructura desde su emocionalidad, llegando a conclusiones rápidas sin realizar análisis adecuados, suele generalizar sus conclusiones a todas las situaciones y personas. Beck (2005) y en general las terapias cognitivas conceptualizan una gran cantidad de creencias del tipo: "En el fondo carezco de atractivos", o "para ser feliz necesito que me admiren", con creencias compensatorias como: "merezco que me quieran, soy entretenido e interesante", "los demás están para admirarme y hacer lo que les pida", siendo bastante frustrante para la persona encontrar que dichas creencias pueden ser discordantes

en algunos momentos de la vida, pareciéndole increíble que no le presten atención todo el tiempo e insoportable que la gente no gire a su rededor.

Para Millon (2001),

> ... las personalidades histriónicas no reflexionan, no se concentran, no meditan, no experimentan de una forma controlada ni dan buenos consejos… Por el contrario, las personalidades histriónicas simplemente claudican y dicen: "Esto es demasiado difícil". Al enfrentarse a series completas de puzzles, pueden enfadarse o expresar fatiga. La concentración es demasiado tediosa, aburrida o incongruente con su autoimagen. Después de todo, la historia ya ha dejado claro que las personalidades histriónicas no resuelven sus propios problemas, pero buscan ayuda en los demás.

En definitiva, su atención divaga dependiendo de la estimulación recibida, procesando con superficialidad la información y dejando en claro que no harán ningún esfuerzo por "pensar", profundizar en las reflexiones o aprender nuevas habilidades que conduzcan a la independencia es demasiado riesgoso. Mantener la dispersión del pensamiento, verse a sí mismo, aprender cómo funciona su forma de ser y desarrollar habilidades para cambiar amenaza, con la pérdida de la atención que recibe.

Su **relación consigo mismo y su identidad** es pobre pues su nivel de expresión de la autocomprensión es bajo, le cuesta verse y así configurar un mundo propio, siendo temeroso de mirarse y enfrentar la soledad, lo que le invita a volcarse hacia el otro y huir de sí mismo (Caponni, 1987), se ve como encantador, grandioso y merecedor de atención (Beck, 2005), aunque al mismo tiempo se considera un poco desvalido para enfrentar al mundo, motivo por el cual necesita de otros para poder sobrevivir. Su identidad es incongruente, desintegrada y construida como una colcha de retazos, como bien dice Jaspers (1993) "A la personalidad histérica, finalmente, por decirlo así, se le ha perdido el núcleo por completo; consiste en cáscaras variables. Un espectáculo sucede al otro. Como no encuentra nada en sí, lo busca todo fuera de él." Le preocupa su imagen y lo que los demás piensen de él, siendo su cuerpo una gran preocupación pues el mismo es un vehículo para lograr la atención de los demás y por eso una valiosa arma que deben mantener brillante y adornada. Lo que hay detrás de su fachada corporal es pobre y la atención prestada al mundo interno escasa, no teniendo un sentido claro de su identidad y experimentando con fuerza la sensación de vacío existencial y de dependencia del otro como una forma de protegerse del vacío. Tejen estrategias que les permiten huir del autodistanciamiento y así del descubrimiento de su soledad interior, les resulta perturbador verse a sí mismos, volviéndose especialistas en cambiar el tema de conversación o la reflexión que realizan si la misma intenta volcarlos sobre ellos mismos.

Desde la logoterapia, el histrionismo es una neurosis reactiva (Lukas, 2004) que algunos autores consideran caracterizada por rasgos principales como la falsedad, su egoísmo patológico y su carácter interesado (Frankl, 1983, 1995, Lukas, 2004). Una falsedad fruto de la carencia de vivencias que le hace ávido de experiencias

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

emocionales y por ende sujeto de la exageración emocional de lo poco que logra experimentar. Su egoísmo es desconcertante y raya con la frialdad interior, como dice Frankl (1983):

> A esto hay que añadir como segunda característica típica la frialdad interior, el cálculo frío, el hecho de que el histérico todo lo utiliza como un medio para conseguir un fin al servicio de su egoísmo; y así, actúa siempre de forma teatral, lo calcula todo para que tenga un efecto determinado y todo en él es ficticio y afectado… Sólo cabe decir una cosa: el histérico está representando una obra de teatro, y en ese teatro él es el director.

En su egoísmo y su dificultad ética no le importa llevarse a alguien por delante o vengarse aunque se sacrifique a sí mismo. Su naturaleza calculadora implica las apariciones dramáticas y su gran habilidad para despertar la culpa en los demás y obligarlos a asumir determinados papeles. Parecerían tener cierta fascinación con la crueldad (Lukas, 2004) o como bien explica Jaspers (1993) "Además sofocan los verdaderos sentimientos muy fácilmente bajo los sentidos; y así es explicable por qué la sensibilidad afectada coincide muy bien con la insensibilidad más decidida y con la petrificación emotiva, incluso con la crueldad." Sin embargo, la crueldad, la actuación, la frialdad, el egoísmo y su manipulación, así como el exceso en la búsqueda de aprobación y de atención –entre otras cosas– se devuelven al modo de ser histriónico configurando otro de los círculos neuróticos que plantea la logoterapia (Frankl, 1992), como dice Lukas (2004) "A resultas de este espectáculo patológico, el histérico va obteniendo cada vez menos dedicación en su entorno; esa dedicación que tan desesperadamente intenta conseguir. (Aquí surge de nuevo la clásica estructura del círculo vicioso neurótico)".

Otra característica de este modo de ser inauténtico es su tendencia patológica de acusar, de hacer sentir culpables a los demás haciéndose daño a sí mismos;

> ... ellos deben sentirse culpables porque a la persona en cuestión le va mal y sólo en esta constelación a él le va "bien en secreto", porque su diversión oculta consiste justo en observar, como sus queridos familiares (o colegas) se retuercen bajo el peso de la aparente culpa. (Lukas, 1994).

Lukas en su libro psicoterapia en dignidad sostiene que el modo de ser histriónico mantiene tres posturas mentales fundamentales:

1. **Los seres humanos le son indiferentes.** Inclusive su propia persona. Por eso no le afecta causar sufrimiento, en forma directa hacia sí mismo o indirecta a los demás.

2. **La libertad y responsabilidad para él son conceptos no habituales.** En todos los lados supone conexiones y las presenta a los que lo rodean. El es el "constructor" perfecto de la realidad. De una realidad llena de terror, que a los demás conti-

nuamente infunde dudas con respecto a sí mismos, y temor ante sorpresas chocantes. Así él se enferma, **porque** alguien ha olvidado de llamarlo para invitarlo a una reunión. O todo el descanso ganado en sus vacaciones se pierde, **porque** alguien se ha olvidado de cumplir con alguna cosa durante su ausencia.

3. **Jamás olvida algo negativo.** Esto se marca a fuego en su propia alma y allí arde durante toda una vida. Conoce todos los detalles, qué… quién… cuándo hizo algo equivocado, y puede enumerar todo después de 20 años… Por medio de esto siempre tiene en sus manos, de alguna manera, a los que lo rodean.

Se tendría que plantear que indudablemente la restricción que ejerce el organismo psicofísico en el modo de ser histriónico afecta la expresión de recursos personales o noéticos de forma importante. El autodistanciamiento se ve seriamente impedido –o más bien proporcionalmente impedido a partir de la morbilidad psicofísica– en todas sus capacidades, siendo la capacidad de autocomprensión una de las más golpeadas pues como ya se ha visto en este texto, existe gran dificultad para verse a sí mismo y para abordar con objetividad la vida; la capacidad de autorregulación también se afecta pues como es sabido la intolerancia al sufrimiento, al rechazo, al no ocupar el lugar central es muy fuerte, se podría plantear que la restricción que se expresa en el trastorno lleva una voluntad de placer que domina a la persona obligándola a distensionar el displacer a toda costa y a utilizar –como se verá más adelante– formas de actividad incorrecta o estrategias de afrontamiento que le permitan distensionar el malestar psicofísico que produce el círculo neurótico configurado. La autorregulación es difícil de ejercer, hay poco dominio de sí y un pobre gobierno de las emociones. De igual forma, la autoproyección –como ya fue expuesto– se ve atrapada, pues sin autocomprensión y con dificultad para conocerse, es realmente difícil verse diferente sin saber quien es.

Si bien el autodistanciamiento es notoriamente afectado, la autotrascendencia no se queda atrás. Ya se ha visto que la capacidad de afectación no se ejerce con tanta fuerza noética, pues su emocionalidad es más bien superficial, su afectación es pobre y el aparente entusiasmo algo falso, la emocionalidad en este modo de ser tiene mucho que decir acerca de la dificultad de expresión de esta capacidad. En cuanto a la diferenciación, forma de pensar y las relaciones interpersonales repasadas en párrafos anteriores deja en claro la dificultad para vincularse y reconocer a los otros, fundiéndose en el otro si es posible o más bien necesario para mantenerlo cerca. Entregarse a una misión o a una persona es casi una fantasía, la sensación de vacío y falta de sentido es recurrente y como se expresó en un capítulo anterior: "La expresión de los recursos noéticos es proporcional a la morbilidad psicofísica" agregando en este punto la imperiosa necesidad de no olvidar el degradé entre el modo de ser auténtico y el modo de ser inauténtico.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

DESARROLLO DEL MODO DE SER HISTRIÓNICO: UNA HISTORIA LLAMATIVA

Hablar de etiología desde una perspectiva logoterapéutica podría sonar seriamente contradictorio con la antropología frankliana y su dimensión de libertad-responsabilidad; sin embargo, como ya se ha mencionado en otros trabajos (Martínez, 2007) el proceso de restricción de la dimensión personal-noológica, es un proceso real que no implica la eliminación de la libertad-responsable del ser humano, sino más bien aquello que permite que dicha dimensión se exprese, pues la libertad humana se da frente a algo que la condiciona y sin dichos condicionamientos la misma no podría entonces expresarse. Desde allí sabemos que las vivencias que marcan la biografía (Martínez, 2009) van generándose en la mutua relación entre la persona, su temperamento, el medio ambiente y en general características que varían desde la perspectiva que en un momento histórico alguien adopta. En el caso del modo de ser histriónico, algunos autores plantean experiencias infantiles de falta de apoyo y preocupación que en algunos casos se trasforman en vivencias (Yudofsky, 2007), para otros autores las experiencias que algunos convierten en vivencias tienen que ver más con el reconocimiento o halago parental o de vínculos afectivos significativos relacionados con la belleza, el cuerpo y el encanto, más que con la reflexión y el pensamiento (Caballo, 2004d, Beck, 2005), aunque en el caso de los hombres la aprobación y reconocimiento tendría que ver más con la demostración de virilidad (Beck, 2005). Para Millon (2001) el refuerzo parental, los modelos parentales histriónicos y el aprendizaje de la manipulación configuran un círculo vicioso que parte de una estrategia que va desarrollando este modo de ser en donde pareciera que solo obtiene atención cuando la llama de forma exagerada:

> Cuando los padres son incapaces de identificar esta dinámica, se entra en un círculo vicioso en el que cada vez se necesitan esfuerzos más exagerados y desesperados para mantener el mismo nivel de atención. Estos niños entran en la adolescencia con una sed insaciable de amor y atención. Naturalmente perciben que, explotando su emergente sexualidad, se convierten rápidamente en un imán para mantener el interés sexual, mientras que antes no podían hacerlo. Mientras que ser la preciosa niña de papá funcionó durante un tiempo, esta nueva estrategia funciona siempre, y funciona bien.

Sin embargo, como al mismo tiempo, no siempre se recibe atención –pues esto es imposible– las estrategias tienen que hacerse más fuertes y exageradas y la sensación de vacío e insaciabilidad no para. La cultura obviamente influye en el desarrollo de los modos de ser, en el caso del histrionismo, las culturas latinas parecen tener más prevalencia, que culturas como las orientales que no promueven la apertura a la sexualidad (Blagov, Fowler, Lilienfield, 2007).

Al parecer no existen estudios suficientes que puedan plantear una gran influencia genética para este modo de ser (Yudofsky, 2007), las investigaciones acerca

de la genética de los mecanismos neuroquímicos de los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos tienen gran interés, pero requieren de más investigación (Blagov, Fowler, Lilienfield, 2007); de todas formas indudablemente el temperamento hace aportes significativos que generan contextos en donde es más fácil que ciertas experiencias se conviertan en vivencias que marcan y configuran al organismo psicofísico para que se exprese este tipo de personalidad; sin embargo, algunas evidencias apuntan a relacionar los factores genéticos identificados en la sociopatía con la base para el desarrollo del histrionismo (Smith, 2003).

El desarrollo según el género tiene diferencias importantes, aunque una misma esencia: la búsqueda de amor y de un lugar incondicional en el mundo. Parece ser que en definitiva la prevalencia suele ser más femenina que masculina (Caballo, 2004d, Beck, 2005, Millon, 2001), aunque algunos autores citan estudios en donde la prevalencia es la misma para los dos géneros (Millón, 2001). En la literatura es común encontrar amplias descripciones de este modo de ser con cierto matiz cargado de feminidad y en general en el ámbito clínico, académico y popular parece hablarse siempre de "las histriónicas" y no tanto de los histriónicos, ahora bien, quienes han trabajado en el ámbito clínico habrán notado la presencia de muchos hombres que cumplen los criterios diagnósticos, aunque algunos de ellos podrían no ser diagnosticados al verse muy masculinos, obviando que esta es una de las características de la manifestación en el ámbito histriónico masculino (Millon, 2001), en donde no se hablaría de exceso de femineidad si no de masculinidad. Sería posible hablar de dos grupos masculinos en el histrionismo, aquellos feminizados que incluso llegan algunos a la homosexualidad (Romero, 2003) o se asocia con la misma (Beck, 2005) y aquellos que exageran la masculinidad al punto de parecer caricaturas (Caballo, 2004, Millon, 2001), de todas formas en este punto vale la pena plantear que en síntesis, el modo de ser histriónico lleva al extremo caricaturesco los roles femeninos y masculinos. Si bien, puede ser que existan bases biológicas que en el caso de los hombres conducirían a la sociopatía y en el de las mujeres al histrionismo (Smith, 2003), algunas investigaciones no han encontrado suficiente evidencia al respecto (Cale y Lilienfield, 2002), como dice Blagov, Fowler y Lilienfield (2007):

> El grado en que el género sesga el diagnóstico del THP es todavía un tema de discusión. Se ha encontrado que cuando se presentan los mismos síntomas se tiende a diagnosticar al hombre con trastorno antisocial de la personalidad y a la mujer con trastorno histriónico de la personalidad casi en la misma proporción.

Situación que puede deberse al desconocimiento de algunos clínicos que dan por sentado que siempre son más los hombres antisociales y las mujeres histriónicas.

Finalmente, vale la pena resaltar en el desarrollo de este modo de ser que al realizar diagnósticos categoriales es posible que se confunda con el paso del tiempo el histrionismo, con el trastorno límite, el antisocial o el narcisista; sin embargo,

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

si el diagnóstico se hace de forma dimensional, se puede observar una estabilidad importante entre la adolescencia y la adultez temprana, a pesar de que algunos síntomas cambien con el tiempo, no sólo porque con el paso de los años las disfunciones de personalidad tienden a disminuir, sino porque las dificultades del Grupo B suelen ser persistentes con los años (Crawford, Cohen y Brook, 2001).

CUÁNDO NO ACCEDER A LA INTIMIDAD RESTRINGE LA EXPRESIÓN DE LA PERSONALIDAD AUTÉNTICA

Para la psicoterapia centrada en el sentido el desarrollo y mantenimiento del modo de ser "histriónico" se debe a diversas restricciones en áreas del autodistanciamiento y de la autotrascendencia (Martínez, 2011, 2011a) frente a su estructura psicológica restrictiva de disocialidad y desrregulación emocional.

En cuanto a la dimensión del autodistanciamiento, la subdimensión de la **autocomprensión** (Martínez, 2010, 2011, 2011a) es una de las más afectadas por la restricción que padece el organismo psicofísico, generándoles dificultades para verse a sí mismos y monitorear sus procesos cognitivos y emotivos; no sólo les es difícil verse, también les cuesta trabajo evaluarse, pues no quieren profundizar ni reflexionar, prefiriendo mantenerse en la superficialidad, les cuesta objetivarse y asociar variables para determinar o comprender su participación en lo que sucede. Al no poder reconocer los estados internos, ni las dinámicas psicológicas que se presentan, la habilidad para vincular diferentes eventos mentales y emociones suele estar también seriamente afectada quedando sin la posibilidad de asumir la responsabilidad o participación en las cosas que suceden y los efectos del propio comportamiento sobre otras personas. Esta dificultad autocomprensiva hace que no logren ver con facilidad los problemas interpersonales que generan con su intensa búsqueda de amor, pues los demás se cansan de estas dinámicas y se alejan o ignoran al histriónico, planteando una situación muy dolorosa en la que la persona no logra ver su participación y se dedica sólo a acusar a los demás.

La libertad de la persona permanece en potencia pero sólo se logra ejercer de manera proporcional a la restricción del organismo psicofísico (Martínez, 2007) que ha asentado el dolor de no ser confirmado en su existencia. Al no haber nada adentro, mirarse es aterrador, generando mecanismos que impidan tal acción, permaneciendo de esta manera en la superficialidad.

Salir de este dolor y del vacío de no tener proyecto propio no les es tan fácil, su capacidad de **autorregulación** (Martínez, 2010, 2011, 2011a) puede encontrarse limitada y aunque con sus múltiples estrategias logran salirse muchas veces con la suya, dichas acciones son de regulación psicológica y no de autorregulación. El modo de ser histriónico obtiene distensión de su organismo psicofísico, de su dolor de no existir, a través del obligar a los otros a que lo vean y lo corroboren como

existente; sin embargo, no puede regular esta búsqueda de regulación, es decir, se regula, pero no se autorregula, y como no puede hacer nada propio ni vivenciar legítimamente nada, su regulación no le basta, quedando atrapado en una búsqueda constante de regulación de su dolor.

La tolerancia al malestar es uno de los principales obstáculos para que la persona se abra a la autenticidad, pues cada vez que la persona huye de su vacío interior, cada vez que se distrae o ignora a sí mismo, cada vez que intenta superar su dolor con cocaína, alcohol u otras drogas, se hunde más en su vacío existencial. Su tolerancia al dolor se hace mínima, haciéndolo más vulnerable ante la vida. Tolerar el malestar, aceptarlo y resignificar el miedo de no existir, implica oponerse a las estrategias de afrontamiento aprendidas.

La capacidad de **autoproyección** (Martínez, 2010, 2011, 2011a) está parcialmente afectada pues en la medida que la restricción es mayor, verse a sí mismo a futuro, es casi imposible, pues vive el eterno presente y al no poder hacer nada propio, permanece en el mundo de la fantasía en donde es el centro de la atención. La autoproyección, entendida como la capacidad específicamente humana de verse a sí mismo diferente a futuro, puede aterrorizar, pues ni siquiera puede verse a sí mismo en el presente, ya que no tiene tiempo para vivir. El futuro es el tiempo que no existe, no hay porvenir cuando no se existe; anticipar la posible presencia de situaciones, hechos o personas que generen bienestar o malestar es una capacidad humana (Martínez, 2006) que no suele ejercerse.

En cuanto a la dimensión de la autotrascendencia, tal vez sea ésta una de las más afectadas, aunque disimuladas, pues la misma está centrada en dos actos humanos vitales para la felicidad: el amor y el sentido de la vida (Frankl, 1994d), actos que se ven claramente frustrados a partir del nivel de restricción de la persona. En la dimensión de la autotrascendencia, la capacidad de **diferenciación** (Martínez, 2010, 2011, 2011a) funciona ambivalentemente, siendo por un lado difícil reconocer la mente del otro como mente independiente a la mente propia, pues no se tiene o reconoce mente propia, y por otro lado, el otro no tiene vida propia, es un objeto a utilizar para lograr sentir que se existe. La persona parece salir de sí, pero no para encontrarse con el otro, pues para ello se necesitan dos personas y aquí solo existe el otro, no es posible lograr la presencia plena (Frankl, 1994d) que se da entre seres de la misma naturaleza. Aceptar al otro como un legítimo otro, incluyendo la posibilidad de no tener que ser querido por esta persona, es una tarea que debe elaborarse a través del trabajo de esta capacidad. Esta dificultad para diferenciar lo propio de lo ajeno, convirtiendo el razonamiento emocional en una conclusión inamovible, impide identificar los aspectos comunes con otras personas, obstaculizando el espacio seguro compartido de una relación, no hay sentimiento de pertenencia, ni espacios comunes que caractericen la relación. La diferenciación es esa capacidad humana que permite tener un contexto propio compartido, con reglas de funcionamiento claramente definidas y contenidos espirituales –valores,

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

intereses, sentidos– que brindan unidad, dirección y coherencia a las relaciones establecidas.

Dentro de la dimensión autotrascendente, además de la capacidad de diferenciación, se encuentra la capacidad de **afectación,** en donde la persona es capaz de resonar afectivamente ante la presencia de valores y el sentido (Martínez, 2010, 2011, 2011a). El modo de ser histriónico parece "supuestamente" abierto al mundo e impresionable por los valores y el sentido; sin embargo, su afectación es más psicológica que espiritual, pues la resonancia se da más ante valoraciones que ante valores, es decir, son mas necesidades de distensión del dolor que desarrollos genuinos en busca del bien que construye vida. De igual forma, lo que impresiona afuera, parece no entrar a la intimidad y sólo resta actuar que se está emocionado y que le importa realmente lo captado. Las personalidades histriónicas no suelen entrar en contacto con situaciones u objetos intencionales que le den sentido a sus vidas, se experimentan a sí mismos como seres inauténticos y vacíos, un mundo sin vínculos reales es un mundo sin sentido y lleno de angustia existencial. La afectación espiritual en el modo de ser histriónico es baja o más bien, poco duradera, pues se experimenta, y como nada queda en el terreno vivencial, nada se eterniza ni se hace propio, lo que da sentido, se cae rápido y el vacío vuelve a gobernar a la persona; puede que algo a veces impacte con fuerza, pero suele ser fugaz.

La tercera capacidad de la autotrascendencia, la capacidad de **entrega** (Martínez, 2010, 2011, 2011a) se ve seriamente dificultada, pues se quiere acceder a un sentimiento de plenitud que no es duradero; el histriónico quiere encontrarle sentido a su vida sin que esto tenga que ver consigo mismo. La entrega a la vivencia amorosa y a una tarea a realizar –como condiciones básicas de la existencia– se ve frustrada por la restricción que el organismo psicofísico le impone a lo espiritual; sin embargo, es precisamente la entrega la que le permite al histriónico renunciar a su perspectiva egocéntrica y dejarse afectar por el amor o por una misión a realizar. Entregarse a una tarea trascendente, siendo útil e importante es sanador. Las personas con bajos niveles de entrega no tienen claridad acerca de una misión o una tarea que llene su vida de sentido.

DE LA LIBERTAD A LA RESTRICCIÓN DE LA PERSONA CON UN MODO DE SER HISTRIÓNICO

En el degradé entre lo sano y lo psicopatológico, entre el estilo y el trastorno, o como se diría desde estos planteamientos existenciales: entre lo auténtico y lo inauténtico, hay una gama de matices que se definen por el grado de libertad que expresa la persona ante las restricciones planteadas por su organismo psicofísico. En otro trabajo (Martínez, 2009b) se definió esta diferenciación de la siguiente forma:

Modo de ser actoral	
Estilo	**Problema**
Se ve muy extrovertida, emocional y poco tímida.	Sufre si no es el centro de atención.
Le gustan los halagos y cumplidos pero no depende de ellos.	Seduce a los demás para manipularlos.
Es agradable y un poco coqueta pero de manera sutil.	Siente rabia o depresión cuando pasa desapercibida.
Existe cierto grado de sensualidad.	Actúa las emociones con gran facilidad.
La presentación personal es importante, pero no vive obsesionada con ello.	Las emociones parecen ser una montaña rusa, aunque no siempre las siente.
Es muy expresiva afectiva, emocional e interpersonalmente.	La apariencia física es una obsesión.
Son proactivos e iniciadores de acciones.	La perciben falsa y egoísta, descentrada y superficial.
Tienen buena capacidad para organizar a las personas y los grupos.	Sus emociones y reacciones son desproporcionadas.
Son estéticos en sus decisiones.	Se camufla con diferentes fachadas y es muy influenciable.
Se ven llenos de vida, refrescantes y vivaces.	Miente y se convence de ello para obtener la atención que busca.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

La diferencia explícita entre un estilo y un trastorno es definida magistralmente por Caballo (2004d) al decir:

> Mientras que un estilo histriónico de personalidad puede ser relativamente adaptativo en muchos contextos, especialmente los que tienen que ver con el contacto con el público, el entretenimiento de la gente, el mundo de la farándula, un sujeto con un trastorno histriónico de la personalidad (THP) lleva los comportamientos que hemos visto anteriormente a extremos notablemente disfuncionales tanto para el entorno como para el propio sujeto.

Encontrando en Millon (2001) una descripción detallada de estas diferencias retomando cada uno de los criterios del DSM, presentándolos en la siguiente tabla de forma resumida:

Criterio uno
Mientras que la persona con un trastorno se enfada, se deprime o siente envidia cuando no es el centro, las personas que tienen el estilo no dependen de ello, si bien les gusta entretener a los demás pueden abandonar el escenario.
Criterio dos
Mientras que la persona con un trastorno utiliza la provocación sexual para influir en los demás, la persona que posee el estilo es simplemente agradable, cordial y seductora, pero sutil en este aspecto.
Criterio tres
La persona con un trastorno presenta cambios emocionales súbitos en un corto lapso, mientras que el estilo es menos voluble y con más estabilidad.
Criterio cuatro
El individuo con un trastorno se preocupa mucho por su atractivo físico, la persona que sólo posee el estilo es elegante y cuidadosa con su apariencia pero no está obsesionada.
Criterio cinco
Mientras que la persona con un trastorno es difusa, imprecisa y superficial cognitivamente, el individuo con un estilo siente las emociones de modo auténtico y utiliza las reacciones emocionales de modo constructivo.
Criterio seis
La persona con un trastorno se expresa de forma teatral y desproporcionada, mientras el estilo amplifica un poco su expresividad, pero no con el propósito de ser el centro.

Criterio siete

Mientras que con un trastorno se deja influir fácilmente por los demás, el estilo es capaz de tomar sus propias decisiones, incluso aunque pueda perder parte de la atención o aprobación.

Criterio ocho

Mientras que el trastorno considera las relaciones personales más íntimas de lo que son, el estilo posee un sentido más sólido del yo, de su continuidad a través del tiempo y más conciencia sobre las relaciones interpersonales que tiene.

Generalmente se encuentran amplias referencias del trastorno histriónico, sin embargo no es mucho lo que se encuentra del modo de ser auténtico matizado por rasgos histriónicos, es decir, del estilo de personalidad que cuenta con mayor grado de expresión de su libertad. Para Millon (2001) estas personas manifiestan sus emociones de forma fácil y abierta a los demás, su mundo es romántico e intentan sacar el máximo provecho de su apariencia física, son encantadores y generalmente muy intuitivos para adaptarse a las situaciones y a las personas, confían en su capacidad de influenciar y encantar a otros y saben resultar agradables, suelen ser descritos como personas cálidas, vitales, expresivas, vivaces, provocativas, optimistas y joviales.

Un mayor margen de libertad les permite a las personas con este modo de ser, experimentar realmente el romanticismo en sus vidas, desplegar su imaginación y creatividad de forma espontánea, logrando disfrutar de su sexualidad y llenando la vida de matices agradables para ellos y para los demás, desde un punto de vista empresarial serian los mejores gerentes comerciales para cualquier organización. Un margen de libertad amplio les facilita expresar zonas luminosas bastante envidiables por otros modos de ser, pues como dice Dorr (1997):

> No siente su cuerpo interno ni es atormentado por los instintos, por lo demás débiles, su vida acontece en el ser-mirado, dejándose ad-mirar, vale decir, en la superficie, vive en la espontaneidad, rompe todos los órdenes, maneja a su amaño las relaciones interpersonales, ¡y cómo son amados por sus parejas! ¡Nunca he visto amores más incondicionales que los de las parejas de personalidades histéricas!... Santa Teresa fue una gran histérica e Ignacio de Loyola un gran obsesivo. En los éxtasis de la primera y en las obras (en particular los Ejercicios) del segundo encontramos las huellas inconfundibles de estas estructuras psicopatológicas. ¿Y los llamaríamos "personalidades anormales" o "limítrofes" o "psicópatas"? En todo caso ellos no necesitaron psiquiatra para mejorarse porque tenían un contacto muy estrecho con Dios mismo, sentido último de la vida.

En su parte luminosa su entusiasmo por la vida es contagioso consiguiendo estimular a todos los que le rodean (Millon, 2001), no sobra decir: "cuantos quisieran un poco de histrionismo en sus vidas".

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

EL MODO DE SER HISTRIÓNICO MATIZADO POR OTROS RASGOS DE PERSONALIDAD

Es difícil y tal vez imposible encontrar una persona con un modo de ser exclusivamente histriónico, pues la personalidad es un complejo armazón en donde lo heredado, lo aprendido y lo decidido configuran un modo de ser único e irrepetible (Acevedo, 2003 Martínez, 2007), sin embargo, si suele ser común encontrar ciertos matices afines a ciertos modos de ser, siendo en el histrionismo frecuente encontrar aportes de los rasgos dependientes, antisociales, narcisistas, límite y compulsivo.

Cuando el modo de ser histriónico se matiza con rasgos **dependientes**, la persona tiende a confiar demasiado en los demás, siendo muy sugestionable e influenciable por otros, siendo susceptible a dejarse llevar (Caponni, 1987), Bockiani & Jongsma (2001) lo llaman el histriónico-complaciente, caracterizándolo como alguien que busca desesperadamente ser elogiado, es muy extrovertido, sociable, superficialmente amigable, reacciona de manera exagerada a eventos emocionales, resuelve disputas y calma los ánimos por medio de la rendición y las concesiones, suele hacer las paces y evitar los conflictos a como de lugar, llegándo a sacrificarse para ganar la atención de los demás y cargando una sensación de inutilidad y baja autoestima. Millon (2001) lo llama el "histriónico-apaciguador" caracterizado por tener como objetivo en la vida la aprobación por parte de otros, buscan presentarse como víctimas o mártires en un mundo cruel, logrando de esta forma encontrar la compasión y comprensión de otros. Para Millon, este modo de ser suele tener aportes de los rasgos compulsivos también.

El modo de ser histriónico con matices **antisociales** suele ser una mezcla bastante complicada en términos del efecto que genera en las personas que están cerca, dadas las características de cada uno de estos rasgos. Millon (2001) y Bockiani & Jongsma (2001) los llaman los "histriónicos falsos", siendo vistos como personas encantadoras y seductoras, extremadamente manipuladoras y muy hábiles para iniciar relaciones aunque las mismas sean muy superficiales o efímeras, no piensan en las consecuencias y persiguen los estímulos y la excitación, son ingeniosos, astutos y recursivos para aprovecharse de los demás, falsos, irresponsables y egoístas, especialistas en culpar a otros y no asumir la responsabilidad de sus actos.

Los matices **limítrofes** le dan al modo de ser histriónico una gran dependencia y exigencia hacia los demás, con una seria dificultad para regularse emocionalmente y adquirir una identidad sólida; Millon (2001) los llama "histriónicos-infantiles", las emociones que se generan del fracaso de sus estrategias para obtener la atención son realmente dramáticas y desbordadas con cambios rápidos e impredecibles, generando grandes ambivalencias en quienes los rodean, pues pasan de explosiones y emociones intensas a apariencias infantiles, ternura y dulzura que dependiendo de su nivel de restricción se puede mantener más o menos en el tiempo.

Los aportes **narcisistas** lo hacen alguien con mayor seguridad acerca de sus capacidades seductoras y un manejo fuerte de su sexualidad, no miden las conse-

cuencias y les cuesta ver su participación en cualquier acto que los deje mal ubicados. Las mezclas con otros rasgos de personalidad son lo común, siendo difícil un patrón puro, sin embargo, es muy difícil encontrar aportes de modos de ser como el evitativo, el esquizoide o el depresivo.

Smith (2003) plantea que "los pacientes con THP variarán en el grado en el que sufren de síntomas físicos y en el grado en el que se comportan sexualmente seductores. En otras palabras, existe un solapamiento sustancial entre los dos subtipos", siendo importante esta consideración para el clínico, pues el comportamiento seductor suele asociarse al histrionismo, pero no siempre la somatización.

LA INTERPERSONALIDAD ENTRE MODOS DE SER: LOS VÍNCULOS CERCANOS

Si bien ya se expuso en la caracterización de este modo de ser el manejo de la interpersonalidad del histrionismo, las relaciones cercanas y los vínculos estrechos tienen situaciones especiales que se exponen a continuación, pues como bien puede decirse: "los vínculos afectivos profundos sacan lo mejor y lo peor de la persona".

Cuando un modo de ser histriónico se relaciona con personas que preponderantemente han desarrollado modos de ser **evitativos** o **esquizoides**, la competencia es mínima y el esfuerzo por llamar la atención es pobre e innecesario, realmente no hay que hacer un gran esfuerzo para llamar la atención al lado de personas que desean esconderse, pasar desapercibidos y no hacerse notar; sin embargo, para estos modos de ser puede ser un poco incomodo compartir con personas que gritan y se hacen notar, pues esto constituye todo un riesgo: "si estoy cerca de esta persona podrán verme y seré descubierto" o peor aún, podrán ser sometidos a burlas por parte del histriónico buscando obtener público y haciendo realidad los peores miedos del evitador.

En cuanto a las relaciones con personas que poseen rasgos **narcisistas** pueden armarse equipos de personas que desean ser el centro y ser admirados, sin embargo si se comparten también rasgos histriónicos la competencia por ser el protagonista puede ser bastante fuerte. Las relaciones con modos **compulsivos** pueden ser complementarias, pues la extroversión y la espontaneidad del histrionismo le aportan al obsesivo, y la responsabilidad, sistematicidad, orden y estabilidad del compulsivo le aportan al histriónico. Para los modos de ser histriónicos, encontrarse con una persona **dependiente** es todo un descubrimiento armonioso, pues se estarán relacionando con alguien dedicado a dar afecto y preocupación constante, siendo esto precisamente lo que busca el histriónico, así es que por un lado hay alguien que busca atención de forma insaciable y por otro lado hay alguien que la brinda y no se cansa de hacerlo. Algunas investigaciones muestran gran cercanía relacional con las personalidades **antisociales** con quienes se comparte el juego de la manipulación (Cale y Lilienfield, 2002).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Ahora bien, cuando los vínculos afectivos son estrechos, cuando ha surgido el amor incondicional de la familia y la pareja, la complejidad de las relaciones suelen facilitar un proceso de sufrimiento muy fuerte y la generación de un círculo neurótico que se retroalimenta a sí mismo: el histriónico busca atención y desgasta con sus estrategias a sus seres queridos que empiezan a rechazar sus conductas, invitándolo a que se esfuerce más por alcanzar el amor y la aprobación. Como dice Lukas (1994):

> Personas histéricas no toleran la proximidad, por más que ellos quizás en lo más profundo de su corazón lo añoren. Transforman la proximidad en acusación. Por eso las otras personas tampoco toleran estar cerca de ellas. Porque esta cercanía se transforma en sentimientos de culpa.

Sin embargo, su parte luminosa es tan atractiva que en el caso de la pareja suelen ser amados incondicionalmente (Dorr, 1997) y es allí en donde la trampa los !!!atrapa!!!

> Aunque los histriónicos resultan atractivos en un principio, sus íntimas relaciones interpersonales resultan superficiales. Debido a que necesitan atención y estimulación constantes, sus parejas pueden sentirse finalmente esclavas de sus necesidades, animales de carga y anuladas emocionalmente, con lo cual el histriónico termina aburriéndose y busca activamente otras alternativas. (Millon, 2001).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: HUYENDO DEL VACÍO Y DEL DOLOR DE NO EXISTIR

Protegerse del dolor de no existir y del avivamiento de vivencias de extravio y vacío, es la tarea de las estrategias de afrontamiento que les caracterizan. Este modo de ser huye del peligro de no ser confirmado en su existencia, en términos logoterapéuticos usa la pasividad y la actividad incorrecta (Frankl, 1992, 1994c, 2001, Martínez, 2007, 2009b, 2011, Lukas, 2004) como una pauta de reacción ante el dolor de no existir –o la destrucción de la dignidad de vivir–, este modo de ser huye, no enfrenta o disminuye la probabilidad del "daño" de ser visto sin nada en su interior, a través de desarrollos conscientes y a veces no conscientes que se denominan pasividad incorrecta; de igual forma, ante la amenaza de no existir, algunos luchan, enfrentan o intentan aniquilar lo que les puede negar la confirmación de su existencia, utilizando así la actividad incorrecta, que suele ser muy característica en este rasgo de personalidad, pero como ya se ha dicho, la personalidad es un complejo entramado de rasgos, por lo que es posible que algunos utilicen la actividad incorrecta y otros, ante la imposibilidad de huir o de luchar suelen hacerse los muertos, abandonarse o entregarse al daño.

Vivir en un mundo en el que este modo de ser percibe que no se le prestará la suficiente atención y en donde se corre el riesgo de no ser aprobado, ubica a la persona ante una situación emocional muy difícil; para ello, la estrategia de afron-

tamiento utilizada es una forma de actividad incorrecta (Frankl, 1992, 1994, 2001, Martínez, 2007. 2009, Lukas, 2004) o como dice Caponni (1987): "Pero a diferencia del dependiente, que no busca activamente al otro que necesita, el histriónico aprendió a que sólo logra apoyo y admiración cuando lo conquista. Su estrategia es activa y no pasiva como el dependiente". Sus estrategias de afrontamiento están orientadas hacia los demás buscando con ellas enfrentar la desesperanza del abandono y haciendo lo que sea preciso para obtener atención, según Millon (2001) es una orientación a los demás de forma activa, creando una imagen tan convincente que obligue a los otros a permanecer a su lado.

Para lograr su fin y así evitar el "supuesto" sufrimiento, utilizan activamente diferentes métodos, destacándose entre ellos, las crisis emocionales, provocar celos, seducir y usar su encanto, negarse a tener relaciones sexuales, sermonear, regañar y quejarse (Beck, 2005), llamar la atención de los demás de cualquier forma posible, autodistracción constante para no mirarse y buscar ser el centro de atracción (llorando, exhibiéndose, estallando en ira o amenazando con suicidio…) son algunos de sus extremos (Martínez, 2007).

Sus **estrategias de primer nivel** se basan especialmente en el consumo de sustancias, principalmente el alcohol y los estimulantes como la cocaína y el éxtasis, en donde encuentran una estrategia de automedicación de la ansiedad que despierta alcanzar la intimidad sin tener dentro de sí nada que ofrecer, corriendo el grave riesgo de generarse una dependencia, dada la contundencia de esta estrategia para este modo de ser. Como se ha expuesto en otros trabajos (Martínez, 2007, 2009) pasividad y actividad incorrecta de primer nivel son las estrategias más primarias que incluyen la automedicación (uso de alcohol o drogas), las compulsiones y los comportamientos autolesivos (autoagresiones, automutilaciones), entre ellas, el consumo de drogas es una de las actividades incorrectas en las que este modo de ser incurre para manejar su ser en el mundo, según Millon (2001):

> Los estimulantes también se utilizan para escapar de los sentimientos de vacío, para ayudar a sentirse vivo y enérgico en consonancia con su tendencia a la búsqueda de sensaciones. Ya que las personalidades histriónicas se preocupan normalmente por su apariencia física, los estimulantes también proporcionan un medio más rápido de adelgazar y parecer más atractivo. Las personas en las que abunda la ansiedad neurótica pueden utilizar la heroína o la metadona para automedicarse. Como carecen de controles internos sólidos, el pronóstico de las personas histriónicas que abusan de sustancias no es muy halagüeño.

También son comunes las autolesiones cuando el modo de ser tiene influencia de rasgos limítrofes, pues cuando no la tiene, las autolesiones no son utilizadas para "manejar" su carga emocional, sino como estrategia de segundo nivel para llamar la atención. La descarga agresiva puede ser otra de sus estrategias, utilizada ante la

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

ofensa recibida al ser ignorado por los demás. Es posible que en algunos casos la inducción de vómito u otras conductas bulímicas sean parte de su grupo de estrategias arcaicas, no sólo para cuidar su cuerpo como principal arma, sino en ocasiones para llamar la atención.

Las **pasividades y actividades incorrectas de segundo nivel** son estrategias de afrontamiento que al igual que las estrategias de primer nivel, buscan la distensión de lo psicofísico, siendo en el caso del histrionismo un despliegue de creatividad para mantener cautivo al público y sentir que se tiene un lugar; llorarán, gritarán, seducirán, se vestirán sensualmente, amenazarán con suicidio, se trasformarán como un camaleón en el personaje que el público desee, en fin, caerán en un activismo que les permita adaptarse al mundo, aunque a largo plazo fracasan en su propia trampa. Dichas estrategias pueden ser del tipo pasivo o del tipo activo.

1. **Estrategias de evitación de la intimidad.** En este grupo de estrategias se encuentra el abandono de las relaciones afectivas que cruzan cierto umbral, la evasión del compromiso afectivo y la evitación de todo aquello que pueda implicar "ser visto" en su vacío y nada interior. De igual forma, se incluyen las estrategias para no verse a sí mismo, como la distracción e interferencia cognitiva, con gran capacidad para "cambiarse el tema a sí mismos", objetivar lo que le pasa como si se tratara de otra persona o como si sus órganos internos no le pertenecieran.

2. **Estrategias de visibilidad.** En este grupo de estrategias se encuentran todos los desarrollos realizados para hacerse visible de manera inmediata: usar ropa llamativa, estrafalaria o seductora, teñirse el cabello con diferentes tonalidades, tatuarse de manera exagerada y mostrar su cuerpo con clara incitación. Su tono de voz se acomodará al mejor postor, gritando o hablando suave dependiendo del público del que deba hacerse ver.

3. **Estrategias de seducción ambivalente.** En ella se envían mensajes ambivalentes que invitan sexual o sensualmente a las personas a acercarse, sin correr el riesgo de traspasar cierto umbral de intimidad; es una forma de decir: "si, pero no" o mejor "si, pero aún no". Es el "no me mírame", "no te acércate", "no me tócame".

4. **Estrategias de amenaza activa.** En las que se amenaza a las demás personas con hacerse algún tipo de daño, intentando obligarlas a que presten atención y reconozcan algo de amor hacia ellas. Las amenazas pueden ir desde el abandono de la pareja, el volver a usar drogas, el irse de la casa y hasta al suicidio si es preciso.

5. **Estrategias de camaleón.** En donde plantearán un "nosotros" de forma acelerada, acomodándose de manera veloz a las circunstancias, grupos y entornos en los que se encuentren. Es una tendencia camaleónica a mimetizarse con el grupo, aunque siempre con un factor plus que le haga resaltar por encima de los demás; de esta forma, una semana serán muy refinados aunque de forma exagerada, otras podrán aparentar ser punkeros o rockeros de manera radical y así sucesivamente en busca de un lugar.

6. **Estrategias de simulación.** Enfermándose o aparentando estarlo, diciendo mentiras e inventando historias maravillosas, engañando y simulando estados emocionales de los que no se tiene ningún fondo endotímico que los sustente, buscando obligar al otro a actuar de cierta manera. Fomentando el acuerdo con cosas de las que no se está convencido o aparentando que todo está perfecto cuando no lo está.

7. **Estrategias de victimización.** Ubicándose en una posición de desgracia que incite la culpa o compasión de los demás para que se vuelquen encima suyo. Magnificarán sus problemas haciéndolos ver descomunales, llorarán de manera inconsolable, inventarán algunas desgracias como la muerte de su madre o que padecen de una forma grave de cáncer y tejerán versiones en donde la lástima y la solidaridad de los otros, les obligue a prestarle toda la atención que requieran, descentrando la atención de todo lo que está pasando para dedicarse de manera exclusiva a tal doliente.

© **Editorial El Manual Moderno** Fotocopiar sin autorización es un delito.

ENFRENTANDO LA INTIMIDAD: ACTIVIDAD Y PASIVIDAD CORRECTAS

La pasividad y la actividad correctas en este modo de ser se logran después de un largo y arduo trabajo, en donde a través del aumento de la autocomprensión se develan las estrategias de afrontamiento que utiliza, ayudándole a tomar distancia e incluso a reírse de las mismas; de igual forma, la autocomprensión se centra en reconocer el tamaño de las emociones y la dinámica de las mismas. Se moviliza la capacidad de autorregulación aumentando la tolerancia al malestar y la aceptación de las emociones que surgen, se pone en marcha el poder de oposición de la persona humana ante los mandatos del organismo psicofísico y se trabajan los rasgos de sumisión, desregulación emocional, narcisismo y ansiedad posicionando al consultante ante lo que le sucede. La persona que se autorregula aprende a ejercer la paciencia, a detenerse, pensarse y aceptar que el tiempo tiene su propio ritmo; logra empezar a hacer renuncias para superar su egocentrismo, entregando las armas que suele utilizar y oponiéndose a la tentación de manipular con sus estrategias.

La persona logra verse a sí misma, reconociendo y aceptando lo que siente y lo que piensa, aprendiendo a exponer estos contenidos con su terapeuta y a generar espacios graduales en donde puede manejar su soledad y la ausencia de escenario. La persona moviliza su capacidad de autoproyección viéndose a futuro sin fantasías narcisistas, diferenciando entre lo posible y aquello que es sólo una manera de disminuir su dolor; de igual forma, logra verse sin utilizar las estrategias que tanto le han funcionado.

La persona es capaz de diferenciarse de los demás, aceptando radicalmente el hecho de no poder obligarles a que le amen, permitiendo que los otros tomen decisiones independientes y empezando a identificar que es lo propio y que es lo ajeno que posee en su vida; movilizan su capacidad de diferenciación para discernir y aprender a decodificar el impacto contraproducente de sus intervenciones en las demás personas, descubriendo su participación en las reacciones que tienen los demás. A través de la movilización de su capacidad de afectación se permite experimentar y aceptar las sensaciones que le despierta reconocer sus valores, trabajando por aumentar su autoestima, dándose el permiso de resonar afectivamente, brindándole a la emocionalidad su verdadera dimensión. Su autocomprensión y su capacidad de afectación le permite reconocer sus aspectos positivos, sus valores y cualidades afirmándose ante sí mismo; es capaz de aprender a amarse y mirarse internamente con compasión, consideración y amor. Reconocer internamente lo que tienen les ayuda a construir una identidad real con contenido sólido que le brinde sustento a su interioridad.

Desarrollan estrategias de cuarto nivel, aceptando aquello que no se puede cambiar, renunciando a sus estrategias y al deseo de ser amados por todo el mundo,

encontrando sentido de vida en el cambio que se está dando, aprendiendo a disfrutar realmente las cosas y permitiéndose vivir ocasionalmente el aburrimiento, la soledad y la tristeza. La persona experimenta la sensación de coherencia interna entre lo que hay afuera y lo que encuentra dentro, se conoce y se acepta, haciéndose auténtica.

CUANDO EL CUERPO EXIGE SER RECONOCIDO: LOS SÍNTOMAS

Cuando fracasan las estrategias utilizadas para distensionar al organismo psicofísico, la sintomatología no da espera. Debido a su orientación hacia los demás y a su necesidad de atención constante, son muy susceptibles a la ansiedad de separación (Beck, 2005, Millon, 2001) y a tener crisis emocionales fuertes al finalizar sus relaciones afectivas. Para Millon (2001), las vías de expresión de los síntomas se resumen en trastornos somatómorfos caracterizados por hipocondría y trastornos de somatización utilizados para captar la atención de los demás; trastornos disociativos que les permiten "sobrevivir" a sus experiencias dolorosas (especialmente cuando se han dado experiencias de abuso sexual); trastornos de ansiedad por separación; trastornos afectivos fruto del vacío y el fracaso en las relaciones interpersonales, así como los trastornos por abuso de sustancias (Crawford, Cohen, Brook, 2001).

Su narcisismo sexual los suele llevar a negar problemas sexuales evidentes como mayores niveles de aburrimiento sexual, fobias sexuales, disfunción en el orgasmo, menor deseo sexual y relaciones extramaritales (Blagov, Fowler y Lilienfield, 2007). Algunos autores dividen los síntomas del histrionismo en internalizantes y externalizantes (Crawford, Cohen, Brook, 2001), los internalizantes pueden ser la depresión y la ansiedad, y los externalizantes, los problemas de conducta y el consumo de drogas, especialmente de alcohol y de estimulantes.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

IDENTIFICANDO CON CLARIDAD: EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Suele confundirse el trastorno histriónico con la **bipolaridad**, especialmente en la fase eufórica del trastorno (Caballo, 2004), sin embargo, los cambios anímicos de este modo de ser no son tan amplios ni duran tanto en el tiempo, aunque la personalidad histriónica y los estados hipomaníacos pueden compartir la impulsividad y la extroversión, así como la labilidad y la desregulación emocional (Blagov, Fowler, y Lilienfield, 2007). En cuanto al trastorno de **somatización**, al parecer hay un tipo de histrionismo que se relaciona con el mismo (Smith, 2003), sin embargo, al investigar este punto, parecen no estar tan asociados (Blagov, Fowler, y Lilienfield, 2007).

Parece ser más difícil realizar diagnósticos diferenciales con otros trastornos de personalidad que pueden ocultarse o confundirse fácilmente; en el caso de las diferencias con el modo de ser **dependiente**, dice Caponni (1987):

> Su interacción consigo mismo es pobre, ya que al depender de otros en su afectividad, no tienen mundo propio y los incomoda y los aburre la soledad. Esto los lleva a desear estar continuamente en compañía de otros, buscando siempre huir de sí mismos. A diferencia del dependiente, el histriónico se percibe a sí mismo como gregario, estimulante, encantador, atractivo y capaz de alegrar cualquier ambiente.

Si bien los dos tienen fantasías de fusión con otros, los modos de ser dependientes no parecen presentar síntomas de disociación (Millon, 2001), ni presentan las características exageradas y extravagantes del histriónico (Caballo, 2004); si bien el componente dependiente de este modo de ser desapareció del DSM, este evento se debe más a un interés discriminatorio que a otro tipo de noción (Blagov, Fowler, y Lilienfield, 2007).

Con respecto al modo de ser **antisocial**, estos no exageran sus emociones y a diferencia de los histriónicos no se implican en actividades delincuenciales (Caballo, 2004) a menos que se trate del llamado "histriónico falso", pueden generarse confusiones debido a que comparten la impulsividad, la manipulación, la ceguera a las consecuencias, la emocionalidad superficial, la seducción, la deshonestidad y la búsqueda de sensaciones, al respecto Millon (2001) plantea:

> Los antisociales viven desbordados por sus impulsos; no piensan más allá porque su conciencia se ve completamente absorbida por la posibilidad de una recompensa inmediata. Sin embargo, los histriónicos no piensan más allá porque quieren minimizar el esfuerzo mental; la conciencia de futuro incluye la responsabilidad de elegir, y los histriónicos reprimen esta carga. Su estilo distraído y superficial se construye para prevenir la consideración deliberada y la evaluación cautelosa de las alternativas que se les puedan presentar.

Una diferencia o confusión puede darse por el género, pues los profesionales tienden a definir el histrionismo si se trata de mujeres y la antisocialidad si se trata de hombres (Blagov, Fowler, y Lilienfield, 2007), la dificultad diagnóstica no se da específicamente con la antisocialidad, sino más bien con todos los trastornos del grupo B (Cale y Lilienfield, 2002).

Las diferencias con el modo de ser **obsesivo** son bastante evidentes, ya que ellos carecen de espontaneidad y extroversión, pero si tienen un punto en común que es el control de los demás, diferenciándose del histriónico en la manera de ejercerlo como ejemplifica Dorr (1997) en el siguiente párrafo:

> Toda la actividad del histérico está orientada a esclavizar al otro a través de la seducción, del drama, de la enfermedad, de la inestabilidad emocional. Aparentan una entrega fácil y total, que en realidad no existe, como lo demuestra la frigidez, la versatilidad, el olvido fácil. No toleran una relación permanente o profunda porque ello significaría ser descubiertos en su vacío y perder su posibilidad de dominar. Sus crisis de angustia, los fenómenos de conversión o las crisis epileptiformes ocurren allí donde se les ha impedido la realización de éste su modo de interpersonalidad, basado en el dominio caprichoso e irresponsable.

Para Lukas (2004) la diferencia radica en que

> ... la angustia y la idea compulsiva fuerzan al ansioso y al obsesivo, respectivamente, a demostrar conductas que no desean, mientras que el histérico, a través de sus síntomas (ataques), fuerza a otras personas a demostrar conductas que no desean. De esta manera, el histérico se hace extremadamente impopular. Todo el que puede le rehúye y, a la larga, no quiere tener nada que ver con él.

En cuanto al modo de ser **narcisista** pueden generarse confusiones debido a que los dos quieren ser el centro de atención, sin embargo en el histrionismo hay mayor dependencia de los demás, situación intolerable para el narcisista que no abandonará su posición de superioridad, los dos son exhibicionistas sólo que en el histrionismo esta actividad tiene la intención de venderse, mientras que el narcisismo no lo considera necesario ya que piensa que no debe esforzarse para ser admirado por otros, como dice Skodol (2007):

> Los pacientes con trastorno narcisista de la personalidad suelen querer reconocimiento debido a su superioridad, mientras que los pacientes con trastorno histriónico de la personalidad permitirán que se les considere débiles y dependientes, si de esta forma atraen la atención.

Millon (2001), por esta misma línea plantea:

> Los histriónicos siguen las normas y convenciones populares, y aparentan fragilidad y necesidad para que los demás les presten atención. Por el contrario, los narcisistas desdeñan la dependencia, y se ven a sí mismos con un carisma personal que les legítima para estar por encima de las normas convencionales.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Al parecer el factor de egocentrismo y la excesiva preocupación por el atractivo físico, suelen generar la mayor confusión.

Con el trastorno **límite** se generan solapamientos, especialmente con el tipo llamado "histrionismo infantil", sin embargo, la diferencia fundamental está en que las autolesiones son más frecuentes en el límite que en el histriónico (Caballo, 2004 Millon, 2001), a pesar que en los dos son comunes las amenazas suicidas.

> Los pacientes con TLP frecuentemente son histriónicos. Los pacientes histriónicos son demandantes y manipuladores. Los pacientes con TLP muestran una ira intensa e inapropiada, llevan a cabo autolesiones físicas y son demandantes y manipulan a los demás. Los pacientes histriónicos carecen de las características malignas del TLP (Skodol, 2007).

RELACIÓN TERAPÉUTICA: CAMINANDO POR LA CUERDA FLOJA

La relación terapéutica con este modo de ser es como caminar por la cuerda floja, pues al estar orientado hacia los demás y utilizar estrategias activas de afrontamiento, el terapeuta podría llegar a ser otra de sus "victimas", sin embargo, es importante dejar en claro que al principio de la relación terapéutica no se puede pretender confrontar a la persona ni presionarla para que se observe, pues la ansiedad y la inestabilidad emocional pueden surgir de forma abrupta en un momento en donde no se ha tejido suficiente la relación terapéutica para brindar el soporte necesario; por ello, es necesario centrarse en principio en brindar y hacer sentir el apoyo que genera confianza, siendo muy activo en la preocupación por la persona y facilitando el encuentro existencial colocando entre paréntesis nuestros juicios morales, académicos o sociales que tan fácilmente afloran debido a la poca introspección, objetividad y previsión de consecuencias (Yudofsky, 2007).

Caminar por la cuerda floja significa que se puede perder el equilibrio en cualquier momento, pues por un lado es necesario brindar apoyo y comprensión, y por otro lado no convertirse en otro de los espectadores de la actuación, reforzando de esta forma la identidad. Es en este punto en donde la supervisión es clave en el proceso, y al mismo tiempo, el respeto por la velocidad del tratamiento, la mejor arma para cuidar al consultante y favorecer el cambio.

Como ya se sabe, la orientación a los demás de parte de este modo de ser con estrategias activas para llamar la atención y buscar ser el centro, podrían complicar la relación terapéutica, pues en principio pueden estar más interesados en que el terapeuta los apruebe y los admire que en iniciar una relación terapéutica (Caballo, 2004d), suelen adular, hacer regalos, describir dramáticamente sus problemas y presentar en cada visita nuevos problemas a trabajar (Yudofsky, 2007), es posible,

si el terapeuta es del sexo opuesto, que el consultante intente seducirlo de forma coqueta o con comentarios sexuales explícitos que pueden hacer sentir incomodo o intimidado al terapeuta; los planteamientos excesivamente dramáticos, la vaguedad de los comentarios, la poca objetividad y la exagerada mímica suelen darle al terapeuta la sensación de que la persona no está realmente conectada en términos emocionales con su discurso, sin embargo, según el modo de ser del terapeuta sus reacciones serán también particulares como se describirá más adelante.

Es importante ser un tanto directivo en las entrevistas, pues las preguntas muy abiertas y los grandes silencios les facilitan el despliegue de su dramatismo y no concretar las preguntas del terapeuta, situación que lleva a divagaciones y a perderse en medio de la historia; de igual forma, la tendencia, al aburrimiento y la necesidad de emociones hacen que sea preciso, en principio, realizar sesiones ágiles, directivas y con un clima de humor y velocidad, sin obviar plantear temas puntuales que permitan realizar una buena evaluación. Las primeras entrevistas implican obviar confrontaciones, pasar por alto las contradicciones y evitar quitar las estrategias de afrontamiento demasiado rápido, para posteriormente, una vez establecida la relación iniciar el proceso de cambio profundo, sin olvidar que en la medida en que la emocionalidad de la que se huye aflora, las actividades incorrectas de este modo de ser afloran con gran despliegue de creatividad, es allí en donde las palabras de Caballo (2004d) generan una invitación fundamental:

> En otras palabras, la interacción puede convertirse en social en vez de terapéutica. Cuando el paciente es sexualmente provocador en la apariencia, la forma de vestirse o comportarse, el terapeuta puede activarse y, sin violar ningún código ético, crear un clima de excitación, no de terapia. Cuando la ira expresa de una manera histriónica, puede estimular también ira en los terapeutas, de modo que el mejor consejo es permanecer tranquilos.

Autores como Beck (2005) también brindan sugerencias útiles al decir:

> Siempre que el paciente le pide ayuda al terapeuta, éste debe tener cuidado de no dejarse seducir y no asumir el (a veces tentador) papel de salvador; en lugar de ello habrá de seguir interrogando, para ayudar al paciente a llegar a su propia solución de cada problema… El terapeuta incauto puede ser fácilmente llevado a asumir el papel de "salvador", después de lo cual cargará con demasiada culpa si el paciente no trabaja por el cambio y cederá a demasiadas exigencias. Entonces es posible que se sienta manipulado, provocado y engañado por el paciente."

Es fácil plantear que este modo de ser se vestirá de forma atractiva para el terapeuta o por lo menos intentara mantenerlo entretenido, encontrando seguramente algunas diferencias en el trato que le darán al terapeuta dependiendo del genero del mismo, ante lo cual, las sugerencias de Smith (2003), pueden ser bastante útiles:

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

> Una mujer terapeuta con una paciente con THP tiene el reto de lograr un contrato terapéutico viable con una persona que tiene una visión poco favorable de la competencia del terapeuta. La primera tarea para la terapeuta es comunicar un soporte competente y una aceptación cálida. Eso es lo que si entiende la persona con THP. Si esto es exitoso, entonces la terapia puede comenzar. La tarea del terapeuta hombre parece ser más fácil al principio debido a que el contrato de calidez y soporte parece ser muy natural. Sin embargo, todos los esfuerzos deben ser hechos para construir la alianza terapéutica en contra de "eso". Es importante no ofrecer soporte a la posición dependiente y necesitada.

La relación terapéutica juega un papel determinante en el proceso terapéutico, siendo esencial para el terapeuta monitorear constantemente la relación entablada, de tal suerte que no termine repitiendo patrones relacionales que el consultante ha tenido, ni siendo parte del público que observa la actuación, cuidarse de la manipulación, saber poner límites y conocerse a sí mismo son herramientas de supervivencia en el abordaje de este modo de ser. El terapeuta que comparte el modo de ser del consultante puede chocar y competir por ver quién logra admirar a quien, un terapeuta muy tímido podría llegar a sentirse realmente intimidado, aquel con un modo de ser obsesivo se sentirá tentado a descalificar cualquier contradicción, en síntesis, es de vital importancia revisar los aspectos del propio modo de ser que pueden ser disparados en la relación terapéutica instaurada, especialmente cuando el consultante buscará mantener al terapeuta entretenido y comprometido (Bender, 2007). No se debe olvidar que en la logoterapia la principal técnica es la persona y la personalidad del terapeuta quien debe llenarse de paciencia, tener buena tolerancia a la frustración, manejar muy bien su propio modo de ser y caminar por la cuerda floja sin desesperarse.

ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL MODO DE SER HISTRIÓNICO

El abordaje terapéutico implica poder cortar con la dirección del teatro histérico, evitando y cuidando al consultante del daño que se hace; como dice Víktor Frankl (1995): "La habilidad terapéutica comienza precisamente en el punto en que es capaz de detener un mecanismo histérico sin dañar al paciente, pues tal como hemos dicho anteriormente, la histeria también es una enfermedad".

El tratamiento de una psicoterapia centrada en el sentido se enfoca –entre otras cosas– en ampliar el margen de libertad de la persona frente a lo que le acontece, siendo necesario un abordaje intensivo y durante un tiempo prudente (Yudofsky, 2007), pues los abordajes muy cortos suelen facilitar los reingresos a procesos terapéuticos en donde debe nuevamente reiniciarse la construcción de la relación terapéutica, proceso lento y complejo, y no siempre fácil de tejer, agravando esto, el hecho que los consultantes con este modo de ser no suelen buscar ayuda terapéutica, excepto cuando la ansiedad o la depresión los atormentan (Millon, 2001), pues la terapia requiere de introspección y esta no es una de sus actividades predilectas.

Después de instaurar una adecuada relación terapéutica, debe cuidarse la misma con constancia, pues los abandonos y la adherencia al proceso terapéutico, dadas las características del modo de ser, deben ser observados y alimentados constantemente, calculando bien los momentos y velocidades de intervención, pues ante la frustración suelen abandonar la terapia (Caballo, 2004d), así como ante el autodistanciamiento prematuro sin tener un sostén emocional del cual aferrarse.

El proceso terapéutico tiene los siguientes momentos:

1. **Momento inicial.** Centrado en el establecimiento de la relación terapéutica a partir de los comentarios expuestos con anterioridad, y el desarrollo de una adecuada evaluación, que como se mencionó en párrafos anteriores, requiere de cierta directividad y preguntas concretas que centralicen la información y eviten la vaguedad y dispersión, enfocándose en un tema a la vez, y de ser preciso, generando agendas de trabajo que permitan focalizar la atención, siendo necesario en los casos más graves, en donde lo urgente rebasa lo importante, generar un espacio de quejas constantes en una parte de la sesión con tiempo explícito, o una sesión a la semana en donde se dediquen a brindar este apoyo ante lo acontecido durante la semana, y así poder aprovechar el resto de la sesión o la siguiente sesión de terapia en el progreso del tratamiento. El objetivo fundamental para el clínico será el de configurar un mapa del funcionamiento de la persona, mientras de forma paralela se le brinda el apoyo y el acompañamiento emocional que garantice la estabilización de la crisis por la que se acude a terapia.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

2. **Momento inicial de autodistanciamiento (autocomprensión).** Establecido el sostén de la relación terapéutica debe empezarse a movilizar la capacidad de autocomprensión, logrando que puedan objetivarse y verse un poco a sí mismos con relación a las relaciones interpersonales que plantean, siendo una necesidad constante el apoyo ante las emociones difíciles que genera verse a sí mismo y el componente característico del abordaje logoterapéutico: el humor que fomenta la autocomprensión desdramatizando el contenido de lo observado (Martínez, 2009c). Las diferentes técnicas que movilizan la autocomprensión deben variar pues como es característico de este modo de ser, caen rápidamente en la monotonía. Se pueden utilizar juegos de roles y de sillas, conversaciones terapéuticas en torno a las personas con quienes se identifican, pequeños seminarios que la persona prepara para enseñarle a otros (de forma paradójica) como utilizar las estrategias que acostumbra a usar para "tener un lugar notorio en el mundo", en fin, se crean las tareas y las intervenciones terapéuticas que creativamente dinamicen este proceso de autocomprensión.

3. **Momento inicial de autodistanciamiento y autotrascendencia (autoproyección y afectación respectivamente).** Debido al miedo que se produce al intentar mover la identidad construida, es necesario trabajar en principio una fuerte motivación para el cambio, pues el modo de ser histriónico no quiere perder tan fácilmente todas las ganancias que obtiene con su forma de interrelacionarse, pues como expresa Millon (2001):

   > ... pueden tener miedo de que de prosperar la terapia se conviertan en personas grises e insípidas. Por lo tanto, es importante aclarar a lo largo de todo el tratamiento que la meta no consiste en eliminar las emociones, sino en utilizarlas de modo más constructivo.

   La capacidad humana de autoproyectarse debe movilizarse logrando que puedan verse a futuro funcionando diferente de cómo lo hacen en la actualidad, disminuyendo el miedo que genera la posibilidad del cambio e iniciando un proceso de captación de sentido que les permita movilizar el componente autotrascendente de la afectación para dejarse tocar por el sentido y experimentar la atracción hacia el cambio que genera. Para Frankl, el abordaje del histrionismo es toda una reeducación de la persona (Frankl, 1995, Lukas, 2004) y esto sólo se consigue mediante una serie de modulaciones de actitud con las que llevar al paciente, en cierto modo, a renunciar voluntariamente a su conducta histérica (Lukas, 2004), renuncias que sólo realizarán si está dispuesto a pagar el precio del cambio, precio que no es significativo cuando hay un sólido sentido que atraiga a la persona para ser diferente a como es.

4. **Momento intermedio de autodistanciamiento (autorregulación y autocomprensión).** Una vez la relación terapéutica se ha hecho sólida, la autocomprensión y la autoproyección se han movilizado, se está listo para generar movimientos más emocionales que resignifican las vivencias que han marcado al organismo psicofísico dificultando la expresión auténtica de la persona. La capacidad de autorregulación se moviliza tanto en la sesión terapéutica como fuera de ella; durante la sesión terapéutica se deben hacer explícitas las estrategias de afrontamiento que utiliza la persona e intentar cortarlas amorosamente durante la sesión, deteniéndose y haciendo señalamientos cuando la persona intenta cambiar el tema y no tocar aspectos que movilizan emociones, o cuando el consultante salta de un tema a otro sin que los mismos tengan que ver con lo que se está tratando, ante las exageraciones o explosiones sentimentales etc. En este punto el terapeuta puede utilizar intervenciones paradójicas que magnifican las estrategias del consultante (siempre con el tono de humor característico), darle 10 minutos para que escenifique y se desborde (a la manera de una intención paradójica) o utilizar las estrategias terapéuticas que se puedan estructurar para movilizar las capacidades mencionadas. Debe recordarse en este punto que el desarrollo de tareas para fuera de la sesión potencializará los efectos del proceso terapéutico, pudiéndose utilizar estrategias como el "actuar como si" u otras que se puedan idear en compañía del consultante para aumentar su nivel de compromiso y formular tareas en donde al no ser impuestas, la sensación de tener el control no se pierde tanto. La persona con este modo de ser debe resignificar sus vivencias de rechazo y no aceptación, logrando enfrentar precisamente lo que más teme y proponiéndole para ello estrategias o tareas terapéuticas en donde pueda exponerse a ciertas dosis de rechazo o por lo menos al riesgo de vivirlo, acompañándolo socráticamente para cambiar la visión de fin del mundo si algo así llega a presentarse. Parte del proceso de autorregulación pasa por alcanzar mayores niveles de objetividad realizando en compañía de la capacidad de autocomprensión procesos de identificación de sus emociones con correlatos objetivos, bien sea a partir de la visión de otros o de un proceso reflexivo en donde se pueda ubicar la emoción en el lugar que le corresponde. Se pueden formular tareas en donde la persona pase cierta cantidad de tiempo pasando desapercibido o haciendo plena conciencia del tono de voz y forma de moverse, en síntesis, se buscan las tareas terapéuticas que le permitan abandonar su actividad incorrecta pasando de esta forma de las estrategias de segundo nivel a las de tercero (Martínez, 2007).

5. **Momento intermedio de autodistanciamiento y autotrascendencia (autorregulación, afectación y entrega).** La autorregulación no siempre es fácil de movilizar, si de la mano no hay estrategias que le permitan mantener la motivación y el sentido de lo que se hace. Una estrategia fundamental tiene que ver con la

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

manera como se enfrentan las dificultades, ayudándoles a que elijan entre las diferentes opciones que pueden tener para enfrentar un conflicto, siendo la estrategia de la renuncia la más importante para este modo de ser (Lukas, 2004). Deben aprender a renunciar a las ganancias de su forma de llamar la atención, pues la manera de enfrentar el conflicto a través de amenazas o explosiones de ira no será cambiada si no renuncian a la atención inmediata que despiertan cuando usan estrategias tan exitosas como las acostumbradas durante años. Es muy importante que aprendan a ver como las estrategias utilizadas son "útiles" a corto plazo, pero nefastas a mediano y largo plazo, acordando con ellos la disposición para las renuncias y facilitando socráticamente que vean ganancias más profundas y duraderas. Como bien plantea Elisabeth Lukas (2004):

> Hemos dicho que el histérico debía desarrollar básicamente una disposición para asumir pequeñas renuncias. Naturalmente, sólo lo hará si sabe para qué lo hace. Y este "para qué" también se le puede mostrar, dado que existe una estrecha relación entre las pequeñas renuncias y los grandes sentidos en la vida. Sólo mediante pequeñas renuncias se pueden satisfacer los grandes contenidos de sentido, y éstos posibilitan a su vez, como un efecto secundario no perseguido, lo que conocemos con el nombre de felicidad. Y viceversa: las muchas y pequeñas satisfacciones momentáneas que resultan de no querer renunciar dejan insatisfechos los grandes sentidos, acarreando así el inevitable efecto secundario de la infelicidad.

Renunciar a las estrategias no es fácil, enfrentar la sensación de estar desnudo en el mundo es complicado, por ello, deben generarse objetivos terapéuticos cortos y cumplibles en donde la persona preferiblemente participe y pueda obtener al cumplirlos la sensación de empoderamiento e independencia que necesita, para ello es recomendable fijar objetivos acompañando este proceso con el "entrenamiento en percepción de sentido" (Martínez, 2009d) para que las renuncias sean más fáciles y se movilice la capacidad de afectación y entrega. Una vez se empieza el proceso de renuncia a una cantidad de estrategias, es importante realizar de forma paralela todo un conjunto de aprendizaje de habilidades, especialmente de asertividad (Millon, 2001, Bockiani & Jongsma, 2001) y de efectividad en las relaciones interpersonales. El uso de juegos de roles en donde la persona puede identificar las emociones de otros cuando despliega sus actuaciones histriónicas, así como los dramatizados en donde aparecen situaciones difíciles que invitan a la persona a sobrerreaccionar, son estrategias útiles que movilizan la autocomprensión y hacen más fácil la autorregulación. El terapeuta como modelo de rol, incluyendo posibles autorrevelaciones, puede ser útil para el proceso de enseñanza de habilidades y especialmente para el desarrollo de recursos para generar relaciones íntimas y amorosas, es decir, la capacidad para discernir entre relaciones de amistad, de noviazgo, laborales, con recién conocidos, sexuales, etc.

6. **Momento avanzado de autotrascendencia (diferenciación, afectación y entrega).** En últimas, el histrionismo es un poco de vacío y una falta de amor, una dificultad seria para intimar con otra persona (Lukas, 2004). Una vez la persona se ha hecho más libre frente a las restricciones implantadas en lo psicofísico, se hace necesario desplegar las potencialidades noológicas de la autotrascendencia, en términos de movilizar la capacidad de diferenciación para que pueda relacionarse mejor con las otras personas, aceptando las diferencias en la forma de pensar y sentir y aceptando al otro con un legítimo otro con la posibilidad de elegir y el derecho inalienable de no sentirse presionado ni obligado a hacer algo que no quiere (como permanecer al lado de alguien por miedo a que esta persona haga una crisis), deben realizarse ejercicios y conversaciones terapéuticas que le permitan aceptar profundamente la diferencia, el respeto por el otro y en general la ética de las relaciones interpersonales. Es posible que en este punto sea necesario utilizar estrategias cognitivas para trabajar las posibles creencias que surgen durante el proceso (Beck, 2005), apoyándose con fuerza en una de las principales estrategias de la psicoterapia centrada en el sentido: el diálogo socrático (Martínez, 2009c). Se deben desarrollar tareas y objetivos en donde la identidad empiece a aclararse, diferenciándose de los otros (Bockiani & Jongsma, 2001), pues como dice Millon (2001) "el acto de reflexionar y de marcar objetivos favorece el desarrollo de la identidad para llenar el vacío interior", siendo reforzada la movilización de las capacidades de afectación y entrega, a través del proceso de "esclarecimiento existencial" (Martínez, 2009d) que facilitara el acceso al sentido de la vida y la estructuración de una identidad coherente e integrada.

7. **Momento de cierre.** El cierre del proceso terapéutico pasa por dos elementos claves: el desarrollo de la prevención de recaídas y el proceso gradual de independización de la terapia. En cuanto a la prevención de recaídas (Martínez, 2009a), deben utilizarse estrategias que le permitan a la persona identificar sus propias situaciones de alto riesgo, pero especialmente las señales emocionales y conductuales que pueden surgir como semáforo de que algo no está funcionando bien, y movilizar la capacidad de autoproyección para anticipar posibles soluciones serán herramientas de trabajo vital al final del proceso. La prevención de recaídas pasa por la capacidad de anticipación del ser humano, identificando los síntomas que surgirían cuando la tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento de primer o segundo nivel vuelvan a tomar fuerza, previendo las estrategias que se utilizarían para retomar el proceso personal y no caer nuevamente en la pérdida de sí. De igual forma, mantener el cambio en el estilo de vida, teniendo claridad acerca de las señales que indican una regresión a pautas ya superadas y la retoma de los parámetros trazados, constituyen una consolidación del cambio.

   La finalización de la terapia requiere por otro lado, el desprendimiento gradual del proceso terapéutico distanciando poco a poco las sesiones y dejando semi-

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

abierta la relación terapéutica, en términos de plantear al finalizar el proceso, que este siempre será un espacio para la persona y que se realizarán algunas sesiones de supervisión de forma más espaciada. El planteamiento de la finalización de la terapia pasa por expresarle al consultante nuestros sentimientos frente a los cambios obtenidos, manifestándole nuestro orgullo (Bornestein, 1993b) y explicándole que no es necesario terminar la relación, sólo que ahora funcionará más como un asesor esporádico en caso de que surja alguna necesidad.

Algunas sugerencias adicionales para el plan de tratamiento pueden ser las siguientes:

a. Describir un proceso terapéutico paso por paso parecería contradecir las dimensiones de libertad y unicidad del ser humano, sin embargo, los anteriores aspectos son sólo guías sugeridas que deben adaptarse a la personalidad única e irrepetible de cada consultante, acomodando las mismas al nivel de restricción que padece la persona, a la creatividad, personalidad y comodidad del terapeuta, y a la relación entablada.

b. Tener en claro que "no se puede ayudar a todo el mundo, pero tampoco está permitido hacer daño a nadie, y seguir el juego de una patología histérica supondría una lesión" (Lukas, 2004).

c. Utilizar los recursos dramáticos del consultante para darle movilidad y dinamismo a las sesiones puede ser bastante útil (Beck, 2005).

d. La calidez de la relación terapéutica debe permitir el trabajo de la sinceridad y de la verdad, preguntando de manera amorosa si las cosas realmente pasaron como están siendo narradas, tratando de evitar el lenguaje metafórico exagerado y buscando que se sea más literal.

e. Contemplar una agenda para las sesiones u otras estrategias que permitan mantener un hilo conductor es toda una necesidad (Millon, 2001, Beck, 2005).

f. Métodos como la meditación pueden complementar el trabajo realizado, aportando una lentificación al torbellino de pensamientos, y también ayudan a desactivar los síntomas corporales y a brindar tranquilidad (Bockiani & Jongsma, 2001), de igual forma, estrategias que le permitan relacionarse con el cuerpo y generar intimidad con el mismo pueden generar aportes importantes.

g. El terapeuta debe esforzarse por ayudar a la persona a que se vea en términos relacionales, logrando que identifique los ciclos interpersonales que genera con sus intentos por obligar a las personas a que le vean y le amen, comprendiendo

como dichos intentos con el paso del tiempo se convierten en aquello que hace que las personas se alejen y le rechacen, fomentando un dolor y una emocionalidad que solo calma agravando sus propias estrategias. El uso de la relación terapéutica puede ser bastante útil en este punto, pues así como el consultante no logra verse a sí mismo, lo mismo le puede pasar al terapeuta que al no encontrar nada en el interior del consultante, tampoco logra verle.

h. Trabajar la responsabilidad como un punto fundamental, realizando intervenciones constantes para evitar que sea delegado este existenciario y si bien, a veces se debe ser directivo, dicha actitud del terapeuta no pasa por hacer sugerencias explícitas de lo que debe hacer el consultante.

i. Es importante enviar mensajes sutiles e inocentes, que de manera socrática y con actitud ingenua, logren introducir disonancias que le permitan a la persona centrarse y dimensionar con mayor objetividad lo que le pasa; es decir, deben decirse cosas como "en serio, lo esperaste varios días en la puerta de su casa?", "realmente, te acostaste con 80 hombres esa noche?".

j. Vincular la pareja o la familia al proceso terapéutico, es una tarea que no debe olvidarse, pues mientras no se devele este tipo de personalidad, se corre el riesgo de abandonar el proceso cuando se esté entrando en la intimidad y además, la familia y la pareja suelen mantener pautas que le permiten a la persona seguir obteniendo las ganancias de sus estrategias.

k. Ante la amenaza suicida, Lukas (2004) entrega una magnífica alternativa: "Recomiendo a todo aquel, terapeuta o familiar, que se enfrente a una situación así, que responda al paciente del siguiente modo:

   – Que él, el terapeuta o familiar, estaría triste o sufriría si el otro muriese (lloraría por ti). Con ello da a entender al afectado que no le es indiferente, sino que lo aprecia como persona.

   – Que, sin embargo, él, el terapeuta o familiar, no puede eximirle de la responsabilidad de su acto. Esta responsabilidad la asume exclusivamente el afectado y la seguiría asumiendo a pesar de los intentos por su parte de achacar a otro las culpas.

l. No perder de vista –en medio de la preocupación por hacer las cosas como han sido sugeridas– a la persona doliente que se tiene enfrente y que acude a nuestra terapia en busca de apoyo y sentido.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

8

Cuando la sumisión reina: el modo de ser dependiente

Que sería del mundo sin la buena disposición que tienen muchos seres humanos a preocuparse por las demás personas. Seres solidarios, colaborativos y amistosos con el deseo de ayudar y tener un ambiente libre de conflictos, personas que se centran en el cuidado y la dedicación por los demás, así como en la amabilidad y el buen ambiente constante; estas son tan solo algunas de las características de estos seres maravillosos que tristemente suelen ser descalificados e incluso maltratados en diferentes escenarios.

La docilidad e ineficacia fueron en cierta época consideradas una debilidad moral (Beck, 2005) y sólo en los últimos 50 años ha empezado a plantearse como una característica de la personalidad que hoy por hoy podría atribuirse más a un rasgo de la personalidad compartido, en mayor o en menor medida, por todos los seres humanos, que a una estructura de la misma, siendo dimensionalmente diferente en cada persona y caracterizando un estilo de relación vital para la sobrevivencia durante ciertas etapas de la vida pero poco funcional con el paso de los años.

En el desarrollo etiológico de este modo de ser se encuentran factores genéticos, de crianza y culturales (Bornstein, 2007). Al parecer la sobreprotección parental (Overholser, 2004, Bornstein, 2005, 1993a, 1992a, Caballo, 2004c, Millon, 2001) llena a los niños de temores y les impide desarrollar habilidades básicas para vivir (Millon, 2001) que pueden sentar las bases de la dependencia. Para Millon (2001):

> Estos padres a menudo desalientan de manera patológica la independencia por miedo a «perder a su bebé». Raras veces pierden de vista a su hijo y se muestran ansiosos porque los retos madurativos normales son irremediablemente dolorosos, como si el hecho de aprender a montar en bicicleta o jugar en el parque les pueda perjudicar o dañar. En lugar de dejar que la experiencia sea el mejor profesor, siguen llevándole en brazos aunque el niño sepa andar, le dan de comer y le prohíben cualquier movimiento que le procure una mayor independencia.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

La sobreprotección y sistemas familiares con baja expresividad de las emociones y alto control parental (Beck, 2005, Overholser, 2004) parecen favorecer la expresión de este rasgo. Otro de los elementos que parece favorecer este contexto de expresión es la deficiencia al competir durante la adolescencia, evitando por parte del niño la confrontación de problemas en donde se aprende que es mejor ser sumiso que luchar (Caballo, 2004c, Millon, 2001). Al parecer, algunas enfermedades físicas delicadas durante la infancia, invitan a muchos padres a sobreproteger a los niños y a coartarles algunos procesos madurativos normales (Overholser, 2004, Millon, 2001), situación que acompañada de fuertes temores parentales que son trasmitidos a los hijos generan el contexto ideal para que las vivencias en un mundo peligroso puedan ser más fácilmente interiorizadas. Bornstein (2005) ha obtenido cierta evidencia para un modelo cognitivo-interaccionista de la dependencia, caracterizado por la construcción de un autoesquema de desamparo a partir de un estilo parental sobreprotector y autoritario, el proceso de socialización de género y las actitudes culturales frente al logro y el relacionamiento.

Finalmente, en cuanto a la etiología de este rasgo de la personalidad valen la pena los comentarios del *Harvard Mental Health Letter* (2007) que plantea que:

> La semilla de la personalidad es el temperamento –disposiciones biológicas con una base hereditaria–. Las personas con personalidad dependiente, usualmente han mostrado, desde la infancia, tendencia a la precaución y el miedo a la novedad. En sus familias, hay tasas elevadas de desórdenes de ansiedad generalizada y fobias, así como personalidad evitativa. Pero como usualmente nos advierten, los genes no son destino, lo que convierte a un niño temperamentalmente tímido o temeroso en un adulto con un desorden de personalidad es incierto.

Ya se ha comentado en otros lugares que la personalidad es lo heredado, lo aprendido y lo decidido (Acevedo, 2003) y es gracias a esa posibilidad de la libertad humana que puede reescribirse el guión que se ha venido siguiendo, pues como dice Overholser (2004):

> Aunque los antecedentes evolutivos pueden desempeñar un papel central en la etiología de la dependencia, esto tendría un papel secundario a la hora del tratamiento. Los acontecimientos del pasado lejano no pueden cambiarse y, además, sería difícil evaluarlos de manera objetiva".

En cuanto al género, diversas investigaciones muestran niveles más altos de dependencia en las mujeres que en los hombres (Bornstein, 1992). Algunas culturas fomentan la dependencia en las mujeres, pues como dice Caballo y cols. (2004c):

> El hecho de que haya más mujeres con TPD que hombres es una consecuencia del patrón cultural que se fomenta en la mayoría de las sociedades. Entre las mujeres se refuerzan comportamientos de tipo pasivo-dependiente, mientras que las expectativas que se tienen de la conducta de un hombre están ligadas a la autonomía y la dominancia.

Sin embargo, al parecer y a pesar del consenso existente, hay algunos datos que muestran que no es tan así. Estudios desarrollados por Bornstein y cols (1992b) muestran que la evaluación de la dependencia varía dependiendo del tipo de evaluación, resultando una mayor tasa de dependencia en las mujeres cuando son evaluadas con medidas de autorreporte, pero no sucede lo mismo cuando las evaluaciones se llevan a cabo con medidas proyectivas en donde las diferencias entre hombres y mujeres son casi inexistentes, ante lo cual se puede hipotetizar que en las medidas objetivas de autoinforme se puede dar este fenómeno dado el proceso de socialización, en donde a las mujeres se les es permitido asumir conductas dependientes; motivo por el cual podría explicarse por qué las mujeres son más diagnosticadas que los hombres (Beck, 2005) y en muestras clínicas la prevalencia parece ser más femenina (Caballo, 2004c), así como en relación a la dependencia y la depresión (Overholser, 1989); parece ser que en el caso de los hombres que han desarrollado este rasgo, un factor diferencial importante es la violencia de algunos ante la probabilidad de ser abandonados o los celos (Harvard Mental Health Letter, 2007) y la dificultad para acceder a estos contenidos internos debido al proceso de socialización que les impide aceptar este rasgo asociado a la femineidad.

Por otro lado, al tener tasas de prevalencia tan altas, parece ser que este trastorno de personalidad es el más diagnosticado en población clínica (APA, 2000), bien podría asumirse que no es un trastorno tan discriminante, llegando a plantear, como se expresó con anterioridad, que la dependencia es más un rasgo que una estructura de personalidad, siendo la sumisión un rasgo común a todas las personas, hombres y mujeres, que puede acentuarse más en algunos seres humanos que han interiorizado más vivencias de ineficacia, insuficiencia y desamparo.

Además de la etiología y el género, otro elemento importante a considerar es la edad del curso de evolución, pues este rasgo no sólo es normal en edades tempranas de la vida, sino necesario para la supervivencia, siendo prudente tener cuidado en el diagnóstico con niños y adolescentes (Caballo, 2004c), en donde un alto grado de filiación puede ser incluso deseable.

ANTE EL ESPEJO DE LA SOLEDAD

El miedo al abandono, la sensación de no ser capaz ni suficiente, la búsqueda de aprobación, el sacrificio excesivo en pro del aval de los demás, la angustia ante la separación, la compulsividad, la sensación de vacío, el terror a la soledad, la procastinación de la mayoría de proyectos que planteen una posible independencia, la dificultad para tomar decisiones, la renuncia a cualquier responsabilidad y la falta de iniciativa son tan solo algunas de las características de personalidad expresadas por personas en quienes predomina el rasgo de la sumisión. Este tipo de personalidad matiza a personas que dependen de los demás para obtener dirección y guía en

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

su vida, careciendo de autonomía y actuando de forma sumisa ante las exigencias de otros durante un periodo estable (Overholser, 2004), suelen ser vistos como personas débiles y frágiles con gran necesidad de ayuda, desprotegidos y poco habilitados para desarrollar las tareas de la vida, invitando a los demás a generar ciclos interpersonales que le ayudan a corroborar una autoimagen pobre, llegando a verse a sí mismos como individuos inútiles, incompetentes y faltos de resistencia (Postiga, 2009, Beck, 2005) que se debaten entre la sensación de vacío al no tener un proyecto propio y la sensación de desbordamiento al percibir metas excesivas con tal de encontrar la aprobación que tanto desean (Carcione, 2003b). Al parecer los altos niveles de dependencia están asociados a una gran conformidad, a la sugestionabilidad y a la búsqueda constante de ayuda (Bornstein, 1996).

Asumir la propia libertad y la responsabilidad que eso conlleva los aterroriza, siendo viable tomar decisiones sólo si cuentan con el consejo y apoyo de otras personas (Beck, 2005) a quienes generalmente sobreestiman y consideran como más fuertes, capaces y competentes, motivo por el cual les cuesta mucho trabajo plantear y sostener sus puntos de vista; como dicen algunos autores:

> Hay individuos que no son capaces de tomar decisiones por sí mismos. Necesitan a otros en quienes confiar y a quienes pedir consejo. Viven dependiendo de los demás para tomar cualquier decisión, para trabajar, para divertirse, para ilusionarse. Sus vidas solo tienen sentido cuando hay personas que las llenan, que les ilusionan, que se preocupan por ellos. Viven en función de los demás, en función de su jefe, en función de su pareja. Están pendientes de las necesidades de las personas a las que quieren, se anticipan a sus deseos, no buscan más que el bienestar, la felicidad de ellas. En sus relaciones sociales buscan la armonía, fomentando los buenos sentimientos entre las personas. No les gustan las peleas ni las discusiones y procuran apaciguar el ambiente cuando se producen esas situaciones. Son atentos con la gente, procurando que se sientan bien si eso depende de ellos…" (Caballo, 2004c).

Pues se sienten muy vulnerables y heridos ante las críticas o situaciones que interpretan como desaprobación, prefiriendo someterse ante los demás y evitando el conflicto a como de lugar, incluso dándole la razón a otras personas cuando no la tienen, echándose la culpa de cosas que no han hecho o denigrándose de las formas más insospechadas con tal de no correr el riesgo de ser abandonados. Su relación con las figuras de autoridad aumenta este tipo de comportamientos; estudios desarrollados por Bornstein (1996) con estudiantes universitarios confirman estas hipótesis, planteando que existe en las personas con este rasgo un nivel de preocupación por quedar bien con sus compañeros, pero que es mucho mayor con figuras de autoridad, siendo mucho más importante complacer a estas figuras que a otras personas.

Millon (2001) los describe como personas que:

> Bajo una apariencia cálida y afectuosa, se sienten indefensos y temen hacer cualquier cosa por si solos. Necesitan que alguien se ocupe de ellos, y buscan sustitutos instrumentales competentes, a los que se someten para no tener que enfrentarse a los problemas. Muchos son incapaces de tomar decisiones cotidianas sin buscar consejo previamente. Al dejar sus vidas en manos de los demás, abruman a sus compañeros con su adhesión, y a su vez se vuelven vulnerables al abandono. Para protegerse ante esta posibilidad, los dependientes se someten rápidamente a los deseos de su compañero-cuidador o se muestran tan conformistas que seguramente nadie deseará abandonarlos. A menudo, disponen sus vidas de tal manera que no pueden adquirir las competencias suficientes para hacerse cargo de ellos mismos.

Corriendo en algunos casos con la mala suerte de encontrar personas que los protejan y les eviten asumir su proceso de individuación, aplazando de esta forma su desarrollo madurativo y quedando cada vez más indefensos ante el estancamiento que se genera con el paso de los años, sin logros independientes que los empoderen.

Otra de las características importantes en este modo de ser es su tendencia acomodaticia ante las diferentes situaciones, es decir, tienen un estilo camaleón que se ajusta a las demandas del entorno y que según Bornstein (1996) se caracteriza por la percepción demandante acerca de las expectativas y las restricciones comportamentales que se dan en una situación y sus creencias con respecto a qué comportamientos son probables de producir resultados deseosos dadas las circunstancias; siendo extremadamente sensibles al entorno y su influencia y actuando acorde a la oportunidad de agradar que ofrece el medio.

A veces no son fáciles de escuchar pues su tono de voz es bajo y apagado (Millon, 2001), excepto si tienen que agradar a alguien; con su apariencia de indefensión y su tonalidad verbal buscan despertar sentimientos de lástima en los demás para lograr su protección y si esto no es suficiente, cooperarán en extremo con tal de tener la atención que buscan, endeudarán a las personas con favores que no han sido pedidos, halagarán a los demás constantemente y piden disculpas todo el tiempo, incluso de cosas por las que no habría que pedir ningún perdón, preguntan todo el tiempo si están haciendo las cosas bien o si lo que hicieron fue agradable, evitan expresar sus desacuerdos y acumulan el malestar aunque lo niegan, desarrollando en el extremo poco libre de su personalidad, un modo de ser mártir pero con un interés muy egoísta: calmar su ansiedad y sus miedos, más no entregarse a una causa o sacrificarse por amor.

El trabajo de Bornstein (1993a, 1996) define magistralmente la personalidad dependiente como un conjunto caracterizado por cuatro componentes primarios interrelacionados entre si: 1) motivacional, una necesidad marcada de orientación, aprobación y apoyo de las demás personas; 2) cognitivo, una percepción del sí mismo impotente e ineficaz, y una creencia de que los demás son más fuertes y

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

controlan el resultado de las situaciones en las que están inmersos; 3) afectivo, una tendencia a vivir el miedo y la ansiedad cuando se requiere que funcionen independientemente, especialmente cuando serán evaluados por otros, siendo esto más fuerte cuando son figuras de autoridad; y 4) comportamiento: una tendencia a buscar ayuda, aprobación, consejo y seguridad en las demás personas. Dadas estas condiciones, la vivencia del dependiente se caracteriza por:

La **pérdida de sí mismo** en la inautenticidad de permanecer desconectado de si; no está en contacto con su interioridad, volcado hacia al mundo pero sin apropiarse del mismo, así es que no tiene nada propio, pues todo le pertenece a los demás, permaneciendo con la sensación de vivir en el mundo sin tener nada propio para sobrevivir. De esta forma, queda atrapado en la otredad sin la cual no puede reconocerse. Su Dasein no puede elegirse ni conquistarse, su proyecto no es verdadero (Heidegger, 1995), no se apropia de si ni se proyecta en las posibilidades más suyas viviendo en la inautenticidad.

El **angostamiento del ser como posibilidad** en un mundo sin posibilidades futuras, surge la angustia de no poder ser sin la presencia del otro; sin la presencia de quien se depende, el mundo se estrecha, se vuelve angosto, la respiración falla y el miedo se apodera de la persona. Proyectarse a futuro es difícil pues las posibilidades son estrechas. Estar sin el otro ahoga.

El **cuerpo como defensa** que protege de un daño por venir. El cuerpo es estrechado, compactado, tensionado y endurecido para no permitir el ingreso de cualquier posibilidad amenazante; el cuerpo se convierte en un radar que lee las sensaciones y señales no verbales del mundo interpersonal, preparándose para evitar el daño a lo íntimo. La persona intenta cuidar con su organismo psicofísico algo que tan solo prerreflexivamente puede intuir como valioso en su intimidad, sin embargo, no es capaz de reconocerlo ni verlo, su cuerpo pareciera simplemente estar volcado hacia el otro, cuidando, protegiendo e intimando sexualmente si es preciso, con tal de distensionar el malestar del posible rechazo.Su apariencia es cándida, inocente e indefensa como quien se siente desamparado e invita a su protector a cuidarle. Su cuerpo seduce e invita al cuidado y al cariño, su tono de voz reduce al máximo el volumen como un niño que juega y muestra ternura. Sus órganos internos hablan con la enfermedad de quien se descuida a sí mismo.

La **inundación del mundo emocional** en donde la tolerancia al malestar se encuentra seriamente disminuida, excepto si se encuentra en compañía del otro, en donde la sensación de capacidad aumenta notoriamente. La emocionalidad matizada por la angustia y la soledad se hacen insoportables buscando disminuirlas a través de la protección de otros que se ven más fuertes, al estar tan volcados

hacia el mundo externo, se impactan con facilidad, sintiéndose indefensos ante tal flujo emocional.

El **miedo a ser desamparado y rechazado** los empuja a la búsqueda de aprobación en los diferentes contextos en donde se mueven. El miedo al rechazo en las relaciones interpersonales y la anticipación del posible desamparo les hace desarrollar estrategias que los puedan proteger de la vulneración de su dignidad; se vuelven activos para obtener la aprobación y pasivos para invitar a la protección. En su intimidad ansían sentirse seguros de sí mismos, pero no acceden a la misma, su deseo se frustra al no encontrar nada en su interior.

La **pérdida del propio espacio** como un lugar seguro para existir, la sensación de no poder-ser-en-el-mundo sin la protección de los demás los angustia y los deja confrontados al sentirse arrojados en un mundo peligroso sin los recursos para sobrevivir. No tienen un espacio propio y lo buscan ansiosamente en los demás, invadiendo espacios ajenos, robando lugares y colonizando territorios. El sentimiento de vulnerabilidad los llena de miedo. La espacialidad es experimentada como una pérdida de familiaridad ante cualquier contexto en donde se encuentren sin la presencia de alguien que les proteja, así como una especie de neofobia, pues lo nuevo, lo novedoso, lo no controlable y desconocido generan la sensación de insuficiencia, y aleja de la sensación familiar de sentirse protegido y sostenido, de la sensación de poder-ser-en-el-mundo con un espacio humorado (Binswanger, 1973) cálido, tranquilo y seguro.

La **anticipación del tiempo final** pues la angustia se refiere al futuro y al asumir la finitud de la existencia. La angustia se aviva al no poder ver más allá sin la presencia del otro. El modo de ser dependiente experimenta en la temporalidad, la angustia de su finalización como proyecto, la amenaza de dejar de ser, de disolverse en el continuum temporal que llamamos identidad, la inminencia del aniquilamiento del sí mismo en el futuro inmediato lo paraliza, pues la destrucción de su dignidad como existente parece acompañarle en su continuo anticipar el abandono de quien se depende o en el enfrentar un mundo sin tener los recursos para ello. Así como en la espacialidad existe la familiaridad o extrañeza del mundo, en la temporalidad existe la esperanza en la relación con el futuro (Dorr, 1995), la persona no tiene un proyecto que pueda darse, pues en el TDP no se da ni la familiaridad con el espacio ni la esperanza con el futuro, ya que no hay espacio propio ni proyecto personal, frustrando la existencia de la persona. Ahora bien, que la vida sea limitada temporalmente es un factor constitutivo del sentido de la vida misma, pues el mismo se basa en el carácter irreversible de la existencia (Frankl, 1997), sentido que en la inautenticidad se hace lejano.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Su **forma de pensar** esta guiada por un estilo global y difuso (Millon, 2001) que se caracteriza por una percepción sesgada de sus cualidades y logros, viéndolos más pequeños de lo que realmente son, pero magnificando los de las demás personas. Ven sus fracasos, defectos y debilidades como una predicción general del fracaso que será su vida, mientras que de forma paralela desestiman o no logran ver con claridad las debilidades y defectos de las personas de quienes dependen, asumiendo creencias acerca de la importancia de mostrar su debilidad como una estrategia para obtener el apoyo que buscan. Como dice Postigo (2009): "Una característica de las personas dependientes es que tienden a valorarse a sí mismas con pensamientos descalificadores y de incompetencia antes de realizar una determinada tarea, durante su realización y una vez finalizada ésta." Logrando de esta manera no empoderarse y asumir la vida.

Las personas con este rasgo de personalidad necesitan convencerse a sí mismas que "si son abandonadas será insoportable y su vida se acabará", que "no podrán sobrevivir sin la protección de alguien", que "la independencia es igual a tener que vivir solo" y que "si no se esfuerzan por agradar a los demás serán rechazados, abandonados o agredidos", pues de no convencerse con estas creencias tendrían que enfrentar la vida y todos los miedos que los aterrorizan.

La autodescalificación es una forma de pensar constante, desestimulando cualquier intento de empoderamiento con frases como "para que lo hago si no voy a poder", "no lo lograré", "si estuviera X de seguro si saldría bien", generando conductas de aplazamiento de los proyectos y de aparente poca iniciativa, excepto cuando se trata de obtener la aprobación de los demás, ante lo cual se muestran activos y propositivos (Bornstein, 1993b), pues quedan gobernados por mandatos del estilo: "no muerdas la mano de quien te da de comer", "has lo que sea con tal de estar más cerca".

Sus distorsiones en la forma de interpretar la vida se caracterizan por el catastrofismo y el pensamiento dicotómico; cualquier error cometido, crítica recibida o leve señal de desacuerdo puede ser interpretada como una gran catástrofe o predicción de desastre que llena de ansiedad a la persona; de igual forma, parece no existir una escala de grises ante lo cual la persona se debate entre el "estas conmigo todo el tiempo o estoy solo en la vida", situación que sumada a la tendencia al catastrofismo deja a la persona enfrentada ante una tragedia constante que invita a realizar cualquier acción con tal de evitar el posible daño por venir.

Los lentes mentales con los que leen el mundo y se leen a sí mismos, les hacen percibir el mundo como un lugar difícil, solitario y peligroso en el que es difícil sobrevivir sin la ayuda de alguien que los proteja, situación lo suficientemente angustiante como para no renunciar a la responsabilidad personal y someterse a alguien que se pueda hacer cargo de su cuidado, a pesar de las consecuencias que esto implica (Beck, 2005), especialmente en la pérdida de la oportunidad para construir

una vida autónoma y desarrollar las competencias y habilidades básicas para vivir, pues como dice Millon (2001):

> La necesidad puede ser la madre de la invención, pero también es la madre de diversos talentos cognitivos, sobre todo de la capacidad de planificar, de tener diversas alternativas en mente, de determinar los criterios que conduzcan a un buen resultado para uno mismo y para los demás, y de evaluar las probabilidades de que un curso de acción determinado sea satisfactorio. Paradójicamente, es precisamente a través de esta constante protección que estas habilidades cognitivas sofisticadas nunca llegan a desarrollarse en los dependientes, para quienes todas las necesidades son ya la responsabilidad de otra persona.

Su pensamiento los lleva con frecuencia a imaginar posibles abandonos y la soledad que esto implica, así como una invitación contante a aprovechar las diferentes señales que con maestría perciben en las demás personas, acerca de algún tipo de necesidad que puede ser cubierta por ellos, pues es allí en donde aspiran a obtener aprobación, empatía y sostén por parte de los demás. Tienden a disminuir la percepción de riesgos interpersonales –exceptuando el del abandono– entregándose fácilmente a fantasías de amor y protección por parte de seres que idealizan, así como de fusión con el otro en una sola identidad que como dice Millon (2001) es:

> ... una estrategia que en realidad tiene sus propios riesgos, incluso para los que se encuentran en el intervalo de la normalidad. Los dependientes odian estar solos. Debido a que su identidad esta inextricablemente mezclada con la de aquellos a quienes aman, la idea de separación les provoca una ansiedad intensa...

En el sistema cognitivo del modo de ser dominado por este rasgo de personalidad, la dependencia es calificada como una "solución" y no como un problema, es decir, la dependencia es egosintónica en la medida que la misma se logre y las estrategias no fallen (Carcione, 2003a), sintiéndose competentes o eficaces, aunque no necesariamente fuertes, motivo por el cual perder tal estrategia pasa por un cambio en la visión de mundo y de sí mismo que dispara síntomas bastante serios. Cuando la autoeficacia disminuye por no lograr la adherencia de la figura de quien se depende o cuando se avivan las vivencias que han marcado al organismo psicofísico, parece que se activan, como dice Bornstein (2005) un esquema del *self* percibido como débil e ineficaz que puede ser denominado un "autoesquema de desamparo" construido a través de vivencias con padres sobreprotectores y autoritarios, la influencia del papel a desempeñar por el género y actitudes culturales con respecto al logro, generando un efecto motivacional caracterizado por el deseo de obtener y mantener relaciones de cuidado que empujan a la persona a comportarse con patrones estratégicos para obtener lo que desean, siendo este un modelo que permite comprender las respuestas afectivas de ansiedad y miedo al abandono.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Desde los modelos metacognitivos (Carcione, 2003a, 2003b) existen estados mentales que caracterizan a este modo de ser y que se relacionan directamente con la emocionalidad despertada en la persona; entre ellos se encuentran: 1) el estado de autoeficacia expuesto en líneas anteriores, en donde la persona se siente bien en la medida que logra obtener el cuidado que busca; 2) estado de vacío desorganizado que se genera ante la perdida y deja a la persona sin metas; 3) estado de desbordamiento caracterizado por el desborde caótico de múltiples metas pero con dificultades para elegir; y 4) estado de coerción y rebelión a la coerción que consiste en una representación de las relaciones como coercitivas, al no poder cumplir metas personales por estar subyugados ante la figura dependiente. Para este grupo de investigación, estos estados mentales se producen por un mal funcionamiento de las funciones metarrepresentativas que les dificulta acceder, en ausencia de las personas que les brindan seguridad, a los deseos propios, las metas personales y los planes para alcanzarlas.

Su **emocionalidad** se caracteriza por movimientos que dependen del contexto en el que se encuentran, las personas con las que están y especialmente del estado mental e interpersonal que experimentan, aunque el surgimiento de ciertas emociones en algunas personas puede preceder a los sentimientos de desamparo y no ser sólo fruto de la interpretación de la realidad.

Una de sus emociones principales **es el miedo**, viven aterrorizados por la posibilidad de ser abandonados (Postigo, 2009, Caballo, 2004c) y con un sentimiento constante de desamparo (Bornstein, 2005, Caballo, 2004c) en donde se utilizaran diferentes estrategias con tal de salir de este estado o prevenirlo. El miedo se produce especialmente ante la posibilidad de perder el apoyo y la seguridad que recibe de las personas de quien depende; sin embargo, asumir responsabilidades y desarrollar actividades que fomenten la independencia también les asusta, pues como se vio con anterioridad, en su visión de mundo "ser independiente significa estar solo", siendo este uno de los miedos que se producen en terapia (Beck, 2005). Por esta misma línea, expresar opiniones negativas o sentimientos de inconformidad los angustia, temen que al hacerlo corran el riesgo de ser abandonados o que se genere un conflicto en donde puedan perder un poco del apoyo y cariño que tienen. Temen herir a las personas aunque no siempre subyace a un interés genuino de cuidar a los otros, sino más bien a un miedo profundo a ser rechazados. Como su estado de ánimo también depende del contexto, de la imagen de si mismo que se ha fusionado con otros y de las expectativas de las demás personas, cambiar también les asusta; no sólo cambiar en términos personales, sino cambiar de contextos laborales o territoriales, al punto incluso de elevar la ansiedad a niveles del **pánico**.

La sensación de **vacío** es otro de los sentimientos que se derivan de emociones básicas; en este estado la persona se siente **insegura, pesimista y desanimada**, sintiéndose **abatida e indefensa** ante el abandono (Postigo, 2009) y sintiéndose inca-

paz de salir de ese estado (Caballo, 2004c) en donde la **insatisfacción por la vida** es generalizada, así como el sentimiento constante de **soledad** (Overholser, 2004). Esta sensación es muy fuerte en el llamado estado de vacío desorganizado (Carcione, 2003) en donde se podría plantear que en ausencia de alguien para quien vivir, la vida pierde todo sentido; situación un poco contraria al estado de desbordamiento (Carcione, 2003a, 2003b) en donde la persona quisiera satisfacer a todo el mundo y esta llena de tantas tareas y metas que al no poder elegir ni priorizar, indudablemente dejara a alguien en segundo o último lugar, pues como se sabe desde los planteamientos existenciales, cuando se elige algo se pierde algo, siendo esta la angustia de la vida, el hecho ineludible de enfrentar la libertad, situación que en estas circunstancias deja a la persona confundida, abatida y con la sensación de no ser eficaz ni suficiente. En el estado de vacío la compulsividad no da espera, llenar la sensación de soledad interna con compras, alcohol, sexo o comida se hace viable; si bien, la mayor evidencia entre dependencia y compulsividad se ha centrado en la compulsión a la comida (Borntein, 1993a, 1993b), es innegable el uso de estas estrategias arcaicas o de primer nivel (Martínez, 2007) para distensionar el malestar psicofísico, pues como dice Carcione (2003a):

> En los momentos en que predomina el vacío, los sujetos no consiguen pensar en ellos mismos: la cohesión del esquema corporal puede disminuir. En tales casos la persona puede recurrir a comportamientos bulímicos o a la búsqueda de estados de excitación erótica que se pueden concebir como formas de excitación sustitutoria de objetivos biológicos más primitivos y menos interpersonales, y como intentos de "sentirse", de volver a tomar contacto con el propio cuerpo.

Aparte de vacíos, cuando sus relaciones se terminan se sienten **dominados, utilizados, anulados y desesperados** (Millon, 2001, Caballo, 2004c).

> Como confunden los límites entre ellos mismos y los demás, la pérdida de una relación acaba siendo una pérdida de sí mismos. La consideración se convierte en asfixia, y la voz omnipresente de aliento cambia gradualmente a un servilismo desesperado. Para protegerse, acaban infantilizándose y renuncian a aprender las habilidades de vida independiente propias de los adultos, como forma de aferrarse a los demás. (Millon, 2001).

Tal vez sea, la **ansiedad** y la **depresión** los estados afectivos que surgen ante la posibilidad del abandono (Overholser, 2004) o de enfrentar la vida independientemente; cuando sus relaciones están en peligro se tiñen de un tono depresivo, conciliándolo todo y sacrificándose, pero cuando deben enfrentar la vida y su falta de desarrollo de habilidades se hace patente, surge la ansiedad a niveles que alcanzan los ataques de pánico (Millon, 2001).

Algunos autores (Carcione, 2003a, 2003b) mencionan un estado llamado de coerción y de rebelión a la coerción en donde aparece el sentimiento **de injusticia**

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

acompañado de rabia y ansiedad, dichos sentimientos surgen al dejar los propios objetivos y metas personales apartados de sí mismo para cumplir el guión de otra persona. En palabras de Carcione (2003a):

> No obstante, cuando las expectativas del otro no son compatibles con los objetivos personales, que existen a pesar de no estar representados, advierten un sentimiento de obligación a conformarse y se rebelan emocionalmente. La emoción es, a menudo, la rabia, pero los pacientes tienden a no reconocerla, probablemente porque admitir impulsos agresivos hacia la figura significativa abriría unas fisuras peligrosas en la representación de la relación. Las sensaciones corporales activadas por la rabia y por el sentimiento de coerción, como sensación de ahogo, respiración entrecortada, nudo en la garganta, etc., se pueden vivir con ansiedad y miedo a perder el control. Finalmente, la única emoción que se reconoce es la ansiedad, que justamente puede llevar a una demanda de terapia.

El sentimiento de **bienestar psicofísico** ocasionalmente los acompaña, pues cuando se encuentran en un estado de autoeficacia en donde a través de sus esfuerzos han conseguido el apoyo y dedicación de las personas, mantienen un sentimiento de dominio de sí, seguridad y alegría (Carcione, 2003a) que puede ser duradero ya que las personas gobernadas por este rasgo suelen haber desarrollado una gran **empatía** anticipando de esta forma los deseos de los demás y logrando satisfacerlos rápidamente (Postigo, 2009). La **amabilidad y cordialidad** son algunas de sus principales virtudes, sin embargo, no sería honesto pensar que todas estas actitudes positivas son en realidad meros epifenómenos de sus miedos ocultos o simples estrategias para distensionar el malestar psicofísico, pues en muchas ocasiones son acciones genuinas desarrolladas con el interés legítimo por el otro. En este sentido es importante recordar que los valores y el sentido atraen, mientras que las taras o problemas psicológicos empujan, variando esta situación a partir de los niveles de restricción de la libertad que posea la persona (Martínez, 2007), de tal forma que la **amabilidad, la gratitud, la dedicación, la solidaridad** y muchas otras virtudes frecuentes en personas con este rasgo, no siempre son estrategias de afrontamiento, en muchas ocasiones son acciones legítimas de captación y experiencia de sentido, de interés genuino por el otro ser humano, como se verá más adelante en el punto correspondiente a las diferencias entre estilo y trastorno de la personalidad.

La **imagen de sí mismos** se caracteriza por baja confianza personal y una clara necesidad de apoyo (Beck, 2005), viéndose como personas débiles, frágiles o ineptas (Overholser, 2004, Millon, 2001) que perjudican a las personas queridas si alcanzan el éxito o se desarrollan independientemente (Carcione, 2003a). Su imagen de sí mismos se caracteriza por la incompetencia, debilidad, ser necesitado e indefenso en un mundo en donde los demás si son competentes y lo pueden cuidar, apoyar y proteger (Caballo, 2004c) y la necesidad de que alguien asuma la vida por ellos,

tome sus decisiones y asuma sus consecuencias; características que generan un impacto en su entorno que les puede generar problemas laborales al ocupar cargos de responsabilidad y al sentirse excesivamente cansados de sólo pensar en todo lo que tienen que hacer; problemas de pareja al recibir abusos emocionales, verbales e incluso físicos y sexuales; problemas sociales e interpersonales al limitar sus relaciones y sus acciones a merced de la persona de quien dependen, siendo todo ello un cúmulo de consecuencias que generan un malestar significativo pero nunca expresado por el mismo miedo que los caracteriza, obligándolos a convencerse de su indefensión y victimizándose ante los demás para obtener su piedad y consideración, situación que genera mayor sensación de ineficacia personal, disminuyendo la autoestima y destruyendo la dignidad de la persona, situación muy dolorosa que tiende a no ser vista, pues como estrategia de supervivencia la capacidad de autocomprensión se encuentra seriamente limitada, impidiendo de esta forma que la persona acceda a ciertos contenidos de sí mismo; en palabras de Millon (2001):

> La estrategia interpersonal de los dependientes, diseñada para asegurarse atención y protección, tiene importantes consecuencias negativas en su autoimagen y en su desarrollo cognitivo. La apariencia indefensa que proyectan los dependientes acaba afectando a su autoconcepto. Uno no puede actuar de manera indefensa sin creer realmente que está indefenso. Los dependientes se ven a sí mismos como personas débiles, frágiles, inadecuadas, ineptas o incompetentes. A fin de controlar su vulnerabilidad, muchos dependientes prefieren no mirar demasiado a fondo dentro de sí mismos, y limitan su conciencia a las cosas agradables de la vida, fijándose sólo en lo bueno y nunca en lo malo.

Manteniendo de esta forma una pauta de relación con ellos mismos y con los demás que poco a poco los arruina y los hace enfrentar su principal miedo: la soledad.

La identidad matizada por este rasgo de personalidad se construye en torno a la representación de un sí mismo inadecuado, equívoco, ineficaz e incompetente (Carcione, 2003a), es decir, un sí mismo frágil que gira en torno a temas de amenaza, soledad, abandono y pérdida, relacionándose de esta forma en un mundo que les parece peligroso y en donde los demás son más fuertes y competentes, entablando de esta manera circuitos interpersonales que les reconfirman su identidad y generando vivencias que marcan su biografía (Martínez, 2007) asentando su modo de ser. Cuando las vivencias de desamparo que han marcado a la persona permanecen latentes y son activadas en los diferentes ciclos interpersonales establecidos, se generan un sinnúmero de estrategias que le permiten a la persona no destruir la imagen de sí, situación que puede sostenerse durante cierto tiempo, pero que sin lugar a dudas, en algún momento la vida plantea el enfrentamiento de los límites de la existencia, dejando a la persona frente a la impotencia y el desamparo de las situaciones límite (Jaspers, 1958) teniendo que enfrentar la pérdida y cayendo en el estado de vacío desesperado. Cuando las estrategias que mantienen la identidad fallan, la vida brinda la maravillosa oportunidad de cambiar.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Las **relaciones interpersonales** son el eje central de este modo de ser, siendo en el extremo poco libre de estas personas un patrón desadaptativo de relación con los otros (Overholser, 2004), caracterizado por la duda persistente acerca de la disponibilidad positiva de las personas hacia él (Beck, 2005). Según Carcione (2003a):

> ... para los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia la búsqueda de relaciones seguras y protectoras es un objetivo primario. El aspecto principal es que la presencia de figuras significativas confiere al sujeto un sentimiento de autoeficacia que le permite evitar el estado de vacío terrorífico. Sobre la base de estos supuestos, creemos que en los modelos de relación propuestos por los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia es posible identificar tres ciclos interpersonales disfuncionales prototípicos, que hemos llamado ciclo oblativo, ciclo caótico-desregulado y ciclo sado-masoquista.

En el ciclo oblativo, la persona esta identificada con las metas de la otra persona, logrando leer fácilmente las necesidades del otro pero sin diferenciar los propios objetivos de los ajenos, asume de esta forma los mismos gustos, hobbies y actividades y permanece egosintónico mientras la relación funciona, parecería que vivierán el sentido de la vida de otra persona. En el ciclo caótico-desregulado a la persona le cuesta comprender la mente ajena –a diferencia del ciclo anterior– dejándolo sin esta mágica herramienta para satisfacer al otro y mantenerlo cerca, entrando en juegos obsesivos de corroboración del afecto, situación que precisamente logra que el otro haga intentos de alejarse, fruto del agotamiento de la hiperdemanda recibida y en algunos casos fomente claros ataques o reacciones desdeñosas en los demás. En cuanto al ciclo sádico-masoquista, se presenta en el establecimiento de relaciones con personas que son dominantes y están gobernadas por la voluntad de poder (Frankl, 1994b), en donde el ciclo se plantea en términos del resentimiento de la persona con rasgos dependientes que se encuentra en un momento dado en el estado de coerción mencionado con anterioridad, generando una contrarreacción de los demás que puede llegar al maltrato, pues cuando las personas se enfrentan a la pérdida de poder y control a la que estaban acostumbradas, reaccionan buscando recuperar a la persona que parece estar intentando independizarse, ya que esto implicaría pérdida de comodidades a las que estaban acostumbrados; al percibir la distancia y las reacciones déspotas de las personas de quien se depende, surge el miedo y la sensación de vacío terrorífico que los invita a someterse nuevamente, mostrándole al otro que tiene el poder y aumentando así el maltrato.

El modo de ser dependiente se caracteriza por una baja dominancia interpersonal y una alta afiliación (Leising, 2006) que se matiza por un deseo importante de complacer a las demás personas, especialmente si son figuras de autoridad (Bornstein, 1996), esta constante búsqueda de aprobación (Martínez, 2009a) es una forma o estrategia interpersonal que a mediano plazo puede ser peligrosa, pues como dice Overholser (2004):

> Los individuos dependientes suelen confiar en los demás para obtener consejo y asesoramiento, incluso en asuntos simples. Esto puede ser una forma de conseguir apoyo y cuidado en los amigos y en los miembros de la familia, pero puede salirles el tiro por la culata de dos maneras. En primer lugar, algunos amigos, familiares o compañeros de trabajo pueden llegar a sentirse frustrados por las necesidades del paciente y tratar de terminar la relación. En segundo lugar, incluso cuando los pacientes encuentran a alguien que voluntariamente asume el papel de un compañero fuerte y dominante, el paciente se vuelve vulnerable a la pérdida temporal o permanente de esta otra persona.

Entablando la emocionalidad ya expuesta y los diferentes ciclos que mantienen la identidad. Todo este esfuerzo relacional se convierte en una bomba de tiempo con serias repercusiones sintomáticas que se expondrán más adelante y que llegan incluso a afectar la estabilidad física de las personas. Beck (2005) resume estas pautas de interacción de la siguiente forma:

> El sujeto tiene siempre que cuidarse mucho de agradar a los otros y evitar el conflicto por temor a poner en peligro esas relaciones de suma importancia, no vaya a quedarse solo para defenderse en el mundo. Por esto, la asertividad y la expresión de la propia opinión están claramente excluidas. Por otro lado, la persona dependiente parece tan desesperada y necesitada, y se aferra tanto a los demás, que puede resultar difícil encontrarle un compañero dispuesto a satisfacer esas necesidades durante un período prolongado, o capaz de hacerlo. Si la relación concluye, el dependiente se siente destruido y no ve ninguna alternativa salvo encontrar a alguien nuevo de quien pueda empezar a depender.

Por otro lado, no es raro encontrar en ellos una sensación constante de **culpa**, sentimiento que surge al realizar actividades que reflejan independencia o al hacer valer sus derechos, pues fruto de ello consideran que lastiman o dañan a alguien a quien quieren o necesitan; generalmente las culpas que experimentan son más de tipo injustificado, neurótico y existencial (Martínez, 2002a) que reales errores con la intención de dañar, excepto cuando se encuentran en el estado de coerción en donde fruto de la frustración pasan "cuentas de cobro" disimuladas para vengarse.

En la vida cotidiana las personas suelen considerarles sujetos muy amables y agradables, generosos y reflexivos (Millon, 2001), personas que están disponibles y que pueden ayudar en cualquier necesidad; sin embargo, esto suele tornarse intenso y complicado cuando se trata de vínculos cercanos y no meras relaciones superficiales; es allí en donde surge lo peor y lo mejor de sí mismo.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

LOS VÍNCULOS CERCANOS: QUISIERA SACUDIRLO PERO ME DA LASTIMA

En lo vínculos cercanos aflora lo mejor y lo peor de cada persona, los lazos afectivos permiten movimientos emocionales que avivan las vivencias que han marcado la biografía configurando un modo de ser, de percibirse a sí mismo y al mundo que lo rodea, llevando a la persona –dependiendo de su nivel de restricción– al planteamiento de circuitos interpersonales nefastos para la salud psíquica y relacional. Es común encontrarlos buscando ayuda terapéutica después de vivir una ruptura amorosa, el desespero y el vacío los empujan a la búsqueda de apoyo pero no siempre a la consecución de soluciones reales, pues en estas circunstancias suele ser frecuente que se echen la culpa por los conflictos que viven y que estén más centrados en lo que han hecho mal en la relación que en enfrentar lo que está pasando. El apego que mantienen con las figuras de referencia con quienes han entablado una fuerte dependencia afectiva los hace muy vulnerables, siendo interesante tomar en cuenta las reflexiones de Caballo (2004c) al decir:

> El estilo dependiente ha de tener cuidado si su pareja es de tipo sádico o antisocial, ya que es probable que termine aprovechándose de él y haciéndole daño. La persona que mejor conecta con el dependiente es un obsesivo-compulsivo o un paranoide, ya que a estos últimos les gusta tomar las decisiones y llevar las riendas de la relación y, además, el paranoide sabe apreciar las atenciones del dependiente. A los narcisistas les encantan los dependientes, ya que se sienten adulados por ellos teniéndolos a su servicio, aunque los narcisistas no les pueden brindar la seguridad que los dependientes necesitan. Al ser, tanto los pasivo-agresivos como los dependientes, tan resistentes a tomar la rienda en las relaciones, esta combinación de estilos no parece ser la más estable. Los histriónicos no pueden ofrecer al dependiente la tranquilidad emocional que éste necesita y los de tipo evitativo no pueden brindarles la fortaleza para el apoyo que el tipo dependiente desea.

Las parejas de personas con este rasgo acentuado suelen sentirse en ocasiones ahogadas y muy presionadas a brindar atención, en otras oportunidades se llenan de culpa al sufrir de la victimización que estas personas usan como estrategia de endeudamiento para mantener a la figura de quien se depende debiendo siempre veinte centavos, muchos se sienten mal al sentir deseos de maltratar, sacudir o agredir a personas que "son tan buenas e indefensas", disimulando su malestar pero dejándolo entrever de manera no verbal o con actitudes sutiles que son leídas a la perfección por estas personas, pues durante años se han entrenado en leer las señales interpersonales para poder adaptarse a las circunstancias, situación que arrecia la búsqueda de aprobación y la demanda de corroboración del afecto, generando mayor incomodidad en la pareja y surgiendo un círculo interaccional neurótico difícil de cortar, pues cuando la persona con rasgos dependientes empieza a liberarse,

moviliza la emocionalidad de su pareja que sin mala intención intenta sabotear el proceso para mantener la identidad de la pareja y el rol de cada quien.

Algunas parejas se sienten coartadas en su libertad, sufriendo control extremo por parte de la persona dependiente que aunado a los comentarios expuestos con anterioridad, le llevan a asumir con el paso del tiempo posturas duras, a veces descalificadoras y en ocasiones maltratantes, reforzando de esta manera la idea de inferioridad que tiene, socavando su autoestima y su sensación de autoeficacia para llevarlo finalmente a enfrentar la pérdida afectiva. Otras parejas, especialmente aquellas que comparten un rasgo dependiente, tienden a corroborar contantemente las demandas de afecto exigidas, generando de esta forma un círculo más dependiente y disminuyendo la tolerancia al malestar de sus parejas, quienes obtienen alivio inmediato ante cualquier crisis o temor al abandono. Sin embargo, cuando las parejas y los familiares reaccionan a tiempo o ayudan a crecer a las personas, trabajan por no asumir las responsabilidades que no les corresponden, permitiéndoles tomar decisiones y asumir la responsabilidad de sus actos, no corroboran siempre el afecto ni valía de las personas sino que más bien hacen comentarios como "lo que a ti te parezca va a estar bien", "si a ti te gusta me parece perfecto", "confio en que vas a tomar una buena decisión". Caballo (2004c) citando a Oldham y Morris (1995) proponen que para relacionarse con sujetos de este estilo de personalidad, es conveniente no combatir su tendencia a complacer y más bien disfrutar de ella, pero valorando dichas acciones y ayudándoles a tener en cuenta que al igual que todas las personas, ellos también tienen necesidades que requieren ser satisfechas, aunque no las digan y esperen a que la otra persona las adivine; de igual forma es recomendable recordarles lo mucho que se les quiere y brindarles apoyo cuando tengan que solucionar algún problema, cuidándose de no aprovecharse de ellos y empujarles para que tomen por sí mismos decisiones que fomenten su independencia.

CUANDO LA SUMISIÓN RESTRINGE LA EXPRESIÓN DE LA PERSONALIDAD AUTÉNTICA

Para la psicoterapia centrada en el sentido, el desarrollo y mantenimiento del modo de ser "sumiso" se debe a diversas restricciones en áreas del autodistanciamiento y de la autotrascendencia (Martínez, 2010). En cuanto a la dimensión del autodistanciamiento, la subdimensión de la autocomprensión es una de las más afectadas por la restricción que padece el organismo psicofísico, generándole dificultades para verse a sí mismos y monitorear sus procesos cognitivos y emotivos, es decir, de hacerse seguimiento y aceptar lo que siente, asi como sus intereses personales y deseos; como ya se ha visto, construye un mundo simple centrado en lo bueno, descartando o no observando sus emociones negativas hacia las personas que les

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

molestan y no haciendo fácilmente conciencia de metas e intereses diferentes a los de las personas de quien dependen, situación que le hace percibir un sentido de vida cognitivo pero no afectivo, pues no se siente atraído por lo valores sino empujado por sus inseguridades y miedos. Tal restricción noológica le hace difícil tomar distancia de si para poder reconocerse u objetivar las situaciones en las que se encuentra inmerso, le cuesta reconocer emociones diferentes a la angustia, no logra ver con facilidad la participación en los problemas interpersonales que generan al quemar a las personas con su control y búsqueda de corroboración; en si, le es difícil detenerse y pensarse para generar un mayor dominio personal, restricción que los hace altamente vulnerables, pues no pueden hacer útil este recurso.

La libertad de la persona permanece en potencia pero sólo se logra ejercer de manera proporcional a la restricción del organismo psicofísico (Martínez, 2007) que ha asentado las vivencias de ineficacia, minusvalía y desamparo, dejando al psicoterapeuta centrado en el sentido ante la tarea de avivar factores noéticos concretos que despierten sus potencialidades. La autocomprensión no suele estar restringida totalmente, parece ser más selectiva que restringida, pues la atención se centra sólo en los aspectos positivos en presencia de la figura de quien se depende, siendo la poca capacidad para expresar la autocomprensión un déficit caracterizado por la dificultad para verse a sí mismo en ausencia de una figura de referencia, situación en que la sensación de vacío no le permite pensar con claridad y lo hace experimentar desazón, y una sensación constante de desasosiego que lo confronta con un sí mismo frágil.

Salir de estos estados de angustia y vacío no le es tan sencillo, su capacidad de autorregulación no es muy fuerte, ya que su percepción de incapacidad y poca valía personal les hace dudar que esto sea posible, haciéndose difícil ejercer la capacidad de tomar distancia y regular los propios procesos cognitivos y emotivos, o más bien de tolerarlos sin buscar obtener el apoyo y la aprobación que sienten necesitar. Oponerse a sí mismo si es preciso, es decir, ejercer esta capacidad de ser proactivo y no reactivo ante los que se piensa o se siente es toda una tarea a desarrollar; aplazar o detener la necesidad de corroborar que se es querido y no rechazado, dominándose a sí mismo (Martínez, 2010) es una de sus necesidades terapéuticas.

La capacidad de autoproyección esta parcialmente afectada pues en la medida que la restricción es mayor, verse a sí mismo de forma autónoma e independiente es casi imposible, pues como ya se ha visto, en su visión de mundo está la creencia de que ser independiente significa estar solo, miedo que no está dispuesto a afrontar y que requiere de un trabajo motivacional continuo y prudente por parte del terapeuta, quien aprovechando el estilo relacional del consultante se usa a sí mismo para fomentar la expresión de recursos personales en medio de la trama de una relación terapéutica significativa.

En cuanto a la dimensión de la autotrascendencia, tal vez sea ésta de las más afectadas, pues la misma esta centrada en dos actos humanos vitales para la felici-

dad: El amor y el sentido de la vida (Frankl, 1994d), actos que se ven claramente frustrados a partir del nivel de restricción de la persona. En la dimensión de la autotrascendencia, la capacidad de diferenciación (Martínez, 2010) funciona ambivalentemente, siendo por un lado ejercida para leer con gran maestría las necesidades y deseos de otros y poder complacerlos, así como las señales interpersonales que indican el éxito o el fracaso en su búsqueda de aprobación, mientras que en otros momentos o en procesos de restricción más severos, el reconocimiento y comprensión de la mente del otro no se da tan fácilmente, llenando de angustia a la persona que intenta corroborar el afecto y la aprobación de la otra persona de forma hiperdemandante. Aceptar al otro como un legítimo otro, incluyendo la posibilidad de no tener que ser querido por esta persona, así como las necesidades de soledad e independencia que puede tener esta persona, son tareas que deben elaborarse a través del trabajo de esta capacidad de diferenciación; aceptar que el otro puede disgustarse con las acciones que se realizan y no necesariamente con la persona, aceptar que no todas las personas leen la mente del otro ni anticipan las necesidades, es el camino que marca el paso de la restricción a la libertad.

La intencionalidad es ese "estar junto a" del ente espiritual, es la esencia del ente espiritual, es ser consciente de otro ente y es allí cuando se está junto a sí mismo, el ser humano se realiza al "estar junto a" (Frankl, 1994c, 1994d), sin embargo, no es una presencia espacial, ni es una presencia óntica sino más bien ontológica, el ser espiritual, los recursos noéticos, la autotrascendencia y en especial su intencionalidad es capaz de presencia ontológica; presencia que se frustra en este modo de ser que aspira a una presencia óntica mas no ontológica, una presencia no libre en donde lo que importa es distensionar el malestar psicofísico del miedo a la soledad, viviendo el desencuentro consigo al no poder realizarse con el otro y quedar arraigado intrapsíquicamente. Realmente en los niveles altos de dependencia, la persona no sale de si al encuentro con el otro, pues lo que busca es la distensión de su malestar y no el bienestar de la otra persona; la voluntad de placer (Frankl, 1994b) lo invita a distensionarse con diferentes estrategias y como se verá más adelante, a llenar su vacío con diversas compulsiones.

Dentro de la dimensión autotrascendente, además de la capacidad de diferenciación, se encuentra la capacidad de afectación en donde la persona es capaz de resonar afectivamente ante la presencia de valores y el sentido (Martínez, 2010), capacidad que se ejerce de manera proporcional al desarrollo de la morbilidad psicofísica y que generalmente suele funcionar en un nivel psicológico y no espiritual, pues la resonancia se da más ante valoraciones que ante valores, es decir, son más necesidades de distensión del malestar que desarrollos genuinos en busca del bien que construye vida, diferencia que hace que generalmente se piense en personas excesivamente bondadosas, generosas, solidarias, compañeristas y leales, sin considerar que realmente no siempre resuenan afectivamente ante la presencia de la posibilidad de desarrollar valores, sino ante la oportunidad de distensionar su

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

malestar psicofísico a través de acciones que buscan corroboración del afecto y la aprobación. Esto no querría decir en ningún momento que la amabilidad, solidaridad y demás virtudes comunes en este modo de ser siempre sean afectaciones más psicológicas que espirituales o simples estrategias de afrontamiento, desde luego muchas veces el amor es amor, la amistad es amistad, la lealtad es lealtad y los valores son valores, sin embargo, habría que considerar que la plenitud existencial es directamente proporcional a un sentido perdurable que no pasa sólo por la sensación de identidad y coherencia, sino por la entrega genuina a valores más universales, constructores de vida y permanentes (Martínez, 2009d), que si bien son diferentes para cada persona poseen una característica fundamental: se dan en libertad, es decir, una cosa es estar con alguien captando los diversos valores que posee e invitan a amarle, que estar con alguien por un gran miedo a la soledad y una sensación de minusvalía, sin negar que un poco de las dos condiciones podría estar presente.

Cuando el sentido esta más en un plano psicológico –no por ello menos importante– haciendo referencia a la sensación de unidad, coherencia e identidad a lo largo de la vida, parece darse en este modo de ser una presencia fuerte cuando las estrategias utilizadas para obtener aprobación y recibir el afecto y la corroboración de valía funcionan, sin embargo, como la experiencia clínica lo indica, estas sensaciones –en los modos de ser altamente restringidos– no son tan duraderas, necesitando de acciones constantes que revitalicen esta sensación de plenitud y prevengan la presencia del terrible vacío existencial que aparece ante la pérdida y el abandono. Los sistemas axiológicos en la dependencia afectiva suelen ser más piramidales que horizontales (Lukas, 1983) teniendo así, un único bien depositario de todos los valores por los que vivir, dejando a la persona muy vulnerable a la pérdida de sentido de vida y muy angustiada ante el abandono de su "supuesta" única posibilidad de una existencia plena. Las personalidades dependientes se apoyan en los demás para que su vida tenga sentido (Millon, 2001). Carcione (2003b) brinda una trascripción de un encuentro terapéutico que ejemplifica muy bien esta dinámica:

> ... y de todas formas hasta hace cinco años un trabajo no era un problema, pero ahora, en cambio, cabe la posibilidad de poder ir a trabajar afuera y, en consecuencia, quedarse realmente solos; de todas formas antes también estaba el problema de la eventual muerte de los padres, pero había más amigos que me hubieran respaldado, sola no me hubiera quedado, pero un trabajo totalmente fuera de este ambiente, nunca quisiera, porque vivir para trabajar para luego volver a casa y estar solos: qué sentido tiene, no es posible, no es vida, no se puede vivir sólo para uno mismo; sola, soy inútil; sola, yo no tengo sentido.

Muchas personas con este modo de ser buscan ayuda cuando la sensación de vacío existencial los aterroriza, como dice Postigo (2009) "el dependiente acude a consulta con un importante sentimiento de vacío e insatisfacción general con su

vida. Sabe que algo va mal y quiere cambiar, pero no sabe por dónde empezar." Tal vez uno de los problemas centrales, como fue mencionado con anterioridad, es que la dependencia es vista como una solución y no como un problema; por ello, la tercera capacidad de la autotrascendencia, la capacidad de entrega se ve seriamente afectada, pues se quiere acceder a un sentimiento de plenitud poco duradero y mantenedor de un rasgo que aniquila a la persona; el sujeto dependiente quiere encontrarle sentido a su vida a través de la dedicación al otro de quien depende, sin percatarse que no se puede acceder al sentido de vida personal, viviendo el sentido de vida de otra persona.

El sistema axiológico piramidal los empuja a entregarse plenamente al único valor por el cual vivir, obviando todas las demás opciones de valores y actuando en contra de posibilidades de sentido que podrían ser disonantes con su valor piramidal, pero con mayores posibilidades de realización que debido a los altos niveles de restricción son casi negados.

La dependencia es una psicopatología de la libertad de elección de los propios valores y una discriminación de los valores de los demás. De esta forma, en la dependencia afectiva se dan movimientos entre el vacío existencial con carencia de valores y metas personales, y el desborde personal con el exceso de metas y valores que no pertenecen a la persona, pero que son asumidos como propios en busca de aprobación. Elegir entre un valor y otro, priorizar y asumir que al preferir un valor y postergar otro se corre el riesgo de equivocarse, genera ansiedad, pero si este proceso se da con referencia a valores que no son propios, se da el riesgo de disgustar al dueño de los valores que se han asumido como propios, quedando paralizado y con la angustia que implica asumir la libertad.

La restricción de lo espiritual es ampliamente citada en la literatura logoterapéutica (Frankl, 1992, 1994a, 1994c, 1999, Lukas, 2004, Martínez, 2007), pues estas dos potencialidades –autodistanciamiento y autotrascendencia– constituyen las características antropológicas fundamentales de la existencia humana y en sí, son las armas de la persona (Martínez, 2010), lamentablemente, en este modo de ser se claudica la existencia propia en pro de la existencia de otros, se aleja del propio centro, de su cuerpo y de su proyecto, generando un vacío existencial que intenta ser llenado con lo que cada vez más lo agranda o con otras estrategias que a mediano y largo plazo son nefastas. Carcione (2003b) cita unas palabras en donde le explica a un paciente esta dinámica:

> A menudo en estas condiciones se advierte la necesidad de comer o se activan metas más biológicas, de tipo sexual o de tipo alimentar, para colmar este vacío, porque si no tenemos ningún objetivo no logramos pensar en nada, tenemos literalmente la sensación de no existir, por lo tanto pensamos en nosotros mismos sólo en relación con una acción, es imposible no pensarnos en acción, intente imaginar que no hace nada, ya verá cómo no lo consigue. Aunque se imagine en el sofá, se imagina la acción de sentarse e imagina que se duerme, está haciendo la acción de dormir... para pensar

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

> sobre nosotros mismos necesitamos tener en mente una acción: pensar, estudiar, no necesariamente una acción física, si no, de veras que no conseguimos pensarlo.

Acciones que deben centrarse en una intención que trascienda el miedo y no en una distensión del malestar psicofísico.

ENTRE LA SUMISIÓN Y LA SOLIDARIDAD

Sería muy triste que los psicoterapeutas no tuviesen algo de este rasgo, sin llegar a los extremos patológicos por supuesto; cuan dura sería la vida de los niños sin madres que tengan ciertas dosis de este modo de ser, en si, que difícil sería el mundo sin personas matizadas por estas características. Ahora bien, hay diferencias importantes entre el estilo de personalidad solidario y el modo de ser dependiente, pues el rasgo de personalidad varía entre el margen de libertad de la persona y su grado de restricción.

Para Caballo (2004c), en el terreno del estilo y no del trastorno, algunas características de estas personas consisten en ser muy comprometidas en sus relaciones, prefiriendo la compañía a la soledad, son amables, diplomáticas y respetuosas con la autoridad, reciben bien las críticas e intentan mejorar, piden consejo para tomar decisiones, fomenta los buenos sentimientos en sus relaciones y son constantes en sus emociones, tienen tendencia a establecer relaciones sociales, anticipan las necesidades de las personas e intentan solucionar los problemas en los que están inmersos. Por su parte Millon (2001) las considera personas:

> ... capaces de mantener empatía con los demás y poseedores de gran capacidad para atraer el amor y los cuidados incondicionales de los otros. Además, están entre las personas más fiables, son modestos y gentiles en sus modales, y transmiten una aceptación casi incuestionable. Son fáciles de complacer, exigen poco de los demás, son totalmente acríticos y siempre favorecen a sus compañeros o cónyuges. La mayoría de estas personas son de buena voluntad y se alegran muchísimo de la suerte de los demás. A menudo son agradables, incluso con las personas que pueden disgustarles. A pesar de que se les tiene en gran estima por su modestia y bondad, cuanta más gente les valora, mas humildes se vuelven.

El matiz de la sumisión se acentúa en la medida que el degradé entre la libertad y la restricción se acerca más al polo menos libre; algunas de estas diferencias entre el estilo y el problema han sido expuestas en otro trabajo (Martínez, 2009a):

Modo de ser dependiente

Estilo	Problema
Pide consejo para sus decisiones.	Deja que otros tomen sus decisiones.
Se preocupa bastante por el bienestar de los demás.	Busca que otros asuman sus responsabilidades.
Se siente cómodo con el apoyo de otros pero puede hacerlo solo.	Nunca entra en desacuerdo para evitar problemas.
Prefiere la armonía interpersonal pero si hay que poner límites lo hace.	Cede ante el conflicto por temor a no ser querido(a).
Le gusta trabajar en grupo.	Le cuesta iniciar proyectos.
Es considerado y en ocasiones se sacrifica como acto de amor y no por miedo.	Se sacrifica o humilla con tal de tener apoyo.
Prefiere estar acompañado, pero a veces disfruta de la soledad.	Teme mucho estar sin ayuda o solo.
Le dan duro los finales en las relaciones, se demora en tomar la decisión.	Termina una relación y empieza otra.
	Siente pánico al abandono.
	Busca relaciones en donde pueda endeudar a las personas con sus favores.
	Busca la aprobación de las demás personas a cualquier precio.

Millón (2001) realiza algunas comparaciones que pueden ser útiles al momento de evaluar el nivel de restricción que posee una persona con este modo de ser, a continuación se presenta una descripción resumida de estas diferencias retomando cada uno de los criterios del DSM IV:

Criterio uno
Mientras que en las decisiones requieren excesivo consejo en los individuos con patología, en el estilo la persona busca la opinión de los demás, sopesa las ventajas y los inconvenientes, pero toma la decisión por sí mismo.
Criterio dos
En el trastorno necesita que otros asuman la responsabilidad de su vida, en el estilo se siente cómodo con otras personas pero puede funcionar sin ellos.
Criterio tres
En el trastorno, la persona subordina sus propios sentimientos y está de acuerdo con los demás debido al temor a la separación, pero en el estilo prefiere la armonía interpersonal, siendo capaz de hablar y defender sus opiniones.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Criterio cuatro
Mientras que en el trastorno tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer cosas a su manera, en el estilo la persona es capaz de funcionar de manera autónoma, aunque prefiere trabajar cerca de los demás.
Criterio cinco
En el trastorno la persona desea lograr protección y apoyo hasta el punto de presentarse voluntariamente para realizar tareas desagradables, en el estilo es considerado y en ocasiones se sacrifica a sí mismo.
Criterio seis
En el trastorno el sujeto teme ser incapaz de cuidar de sí mismo estando solo, en el estilo prefiere la compañía de los otros pero puede disfrutar de la soledad
Criterio siete
Mientras que en el trastorno, cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación, en el estilo se muestra nostálgico por la pérdida pero no trata de apegarse a otra persona inmediatamente.
Criterio ocho
En el trastorno esta preocupado por el miedo a que le abandonen, en el estilo disfruta del afecto de los demás, pero no se siente aterrorizado ante el abandono.

De todas formas con independencia del lugar del degradé en que la persona se encuentre, el terapeuta debe ser prudente y cauteloso, pues parte de esta posición esta regulada por el tipo de relación que se ha entablado, no siendo siempre estable la pauta relacional con todas las personas, pues con algunas se puede acercar más al terreno problemático que al estilo y viceversa, así es que la excesiva complacencia del consultante puede ser una trampa que invita a aflorar rasgos narcisistas del terapeuta (Carcione, 2003b).

Por último, a pesar del nivel de dependencia que pueda tener una persona, siempre existirán aspectos positivos, como dice Millon (2001) "en el lado positivo, los dependientes se consideran personas consideradas, reflexivas y cooperadoras", actitudes deseables para muchos seres humanos. De igual forma, parece ser que este modo de ser posee gran fortaleza en términos de salud física y mental, pues como dice Bornestein (1993b):

> La voluntad del individuo dependiente por buscar un tratamiento apenas comienzan los síntomas, debe ser reconocida como una fortaleza. A medida que los pacientes dependientes busquen ayuda con más rapidez que los no dependientes después del inicio de los síntomas, los pacientes dependientes tienen la posibilidad

de presentar síntomas menos severos y menos crónicos que los pacientes no dependientes. Por otra parte, para ambos desórdenes médicos y psiquiátricos está claro que el inicio rápido de tratamiento está asociado con una prognosis positiva para la recuperación.

Ahora bien, hasta aquí se han mencionado características típicas de este rasgo de personalidad, sin embargo, ya se sabe que la personalidad es mucho más compleja y esta teñida por un conjunto de rasgos magistralmente tejidos en una configuración única que hace la persona. A continuación se presentan algunas de las combinaciones prototípicas más comunes que si bien no hablan de personas específicas sino de prototipos teóricos, brindan una interesante reflexión para comprender la complejidad de los trastornos de la personalidad.

LAS DIVERSAS CARAS DE LA DEPENDENCIA

Cuando el rasgo dependiente predomina en una persona que también tiene aportes del modo de ser **miedoso, prudente o evitador,** también llamado dependiente inquieto (Millon, 2001), se presenta una pobre iniciativa y una evitación fuerte de la independencia, se ven nerviosos y asustados gran parte del tiempo y pueden tener estallidos de ira ante aquellos que no los comprenden, experimentan tensión y tristeza constante y es difícil discriminar cual es el rasgo predominante. Les es complicado utilizar estrategias activas para buscar la aprobación de los demás, dejándolos con menos recursos de afrontamiento que en el caso de la dependencia pura.

Cuando además del rasgo dependiente hay aportes del rasgo **intenso u obsesivo** de la personalidad los rituales de corroboración del afecto y la valía personal pueden ser seriamente desbordantes, de igual forma, el control excesivo sobre las personas intentando garantizar la presencia del afecto y disminuir los riesgos del abandono, se manejan de forma excesiva. Parecen ser personas seguras de sí mismas, aunque detrás de tal fachada existen los miedos característicos de la dependencia. Se ven tensos y no tan emocionales en términos de ternura e infantilismo, aunque si con un poco de intolerancia cuando las cosas no salen como la persona dispone.

Los aportes del histrionismo o del rasgo **actoral** al modo de ser dependiente resultando en el llamado dependiente acomodaticio (Millon, 2001), son extremadamente serviciales, gregarios y encantadores, estando preocupados por la aprobación de los demás y contando con habilidades sociales importantes para llamar la atención y obtener el apoyo que buscan; el aporte del rasgo actoral da estrategias activas para manipular el ambiente y lograr la protección que necesitan. Se muestran agradables, sonrientes y vivaces, aunque también pueden enfermar, manipular con culpa o hacer cualquier cosa con tal de obtener lo que buscan.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Otro rasgo que suele acompañar la dependencia afectiva es el **desregulado o límite** caracterizado por una dificultad importante para regular su emocionalidad, dejándola crecer a extremos insospechados y quedándose en terrenos de vacío existencial durante un tiempo con la percepción de no poder salir de ahí. Se ven indefensos y casi infantilizados con hiperdemandas constantes en busca de apoyo y solidaridad incondicional.

También se encuentra el llamado **dependiente torpe** (Millon, 2001) caracterizado por cierta influencia del modo de ser **aislado o esquizoide** que se muestra falto de vitalidad y expresión afectiva, pero con cierta capacidad para relacionarse que el esquizoide puro no posee. Su dependencia es pequeña en cantidad de personas, pero intensa en necesidad de apoyo y protección.

LA PASIVIDAD Y LA ACTIVIDAD INCORRECTAS: PROTEGIÉNDOSE DEL VACÍO

Protegerse de la vulnerabilidad y del avivamiento de vivencias de ineficiencia, minusvalía y desamparo, así como de las emociones y sentimientos desagradables que surgen al activarse las vivencias, es la tarea de las estrategias de afrontamiento que les caracterizan.

Sus estrategias de primer nivel se basan especialmente en el consumo de tranquilizantes como las benzodiacepinas, pues a través de ellas logran controlar la ansiedad constante; de igual forma, el consumo de alcohol también puede ser utilizado como forma de aliviar los sentimientos depresivos y de ansiedad. Por esta misma línea, es posible que se utilicen estrategias compulsivas como conductas bulímicas, masturbatorias o sexuales que permitan modificar la sensación corporal y en algunos casos afrontar la sensación de vacío existencial.

Las estrategias de segundo nivel suelen caracterizarse especialmente por la búsqueda constante de aprobación (Caponni, 1997), haciendo preguntas acerca de si le gustó a la personas lo que hizo, como se vistió o lo que expresó; suelen cultivar relaciones endeudando a las personas con favores que muchas veces nunca han sido solicitados, atienden y enaltecen a los demás buscando ganar su gracia y obtener su apoyo. Se preocupan por los demás estando atentos a satisfacer sus deseos (Caballo, 2004c), tienden a negar las dificultades y los conflictos interpersonales para que las relaciones no estén en riesgo, así como a racionalizar comportamientos de abuso o negligencia por parte de sus cuidadores (Bornstein, 1998); tienden a fundirse con otras personas introyectando su apariencia segura e idealizan a sus compañeros para darles el poder de protegerlos (Millon, 2001), de igual forma, para Millon no basta estar fundido a otro poderoso, sino que también se requiere de la negación como estrategia, pues la ansiedad restante debe ser eliminada y la mejor forma es pensando o bloqueando los contenidos de un mundo hostil; así mismo, deben ser

negados los sentimientos hostiles pues la ira es muy amenazadora en términos de perder a la persona de quien se depende. Es posible que se autosaboteen para no sobresalir por encima de alguien de quien dependen (Bornstein, 1996) incluso perdiendo o cometiendo errores para que la otra persona gane.

Este modo de ser también busca ser tranquilizado a través de corroboraciones del afecto, siendo realmente intensos en su solicitud hiperdemandante. No expresan sus desacuerdos, son sumisos, dóciles y se ofrecen incluso a hacer tareas desagradables con tal de agradar, desarrollan gran sensibilidad para percibir las señales interpersonales, incluso de forma no verbal (Bornstein, 1993a) logrando de esta manera anticipar las necesidades de los demás y así poder cubrirlas.

En términos logoterapéuticos usan la pasividad y la actividad incorrectas (Frankl, 1992, 1994c, 2001, Martínez, 2007, 2009b, Lukas, 2004) que como bien se sabe, ante la amenaza de no existir –o la destrucción del guión construido, *self* o identidad– los seres humanos huyen, no enfrentan o disminuyen la probabilidad del "daño" a través de desarrollos conscientes y a veces no conscientes que se denominan pasividad incorrecta; de igual forma, ante la amenaza de no existir, algunos luchan, enfrentan o intentan aniquilar lo que los puede dañar, utilizando así la actividad incorrecta; otros ante la imposibilidad de huir o de luchar suelen hacerse los muertos, abandonarse o entregarse al daño. En el caso del modo de ser matizado por el rasgo de la dependencia, la mayoría de autores coincide en que las estrategias básicas son las de pasividad incorrecta, mencionada por Millon (2001) como una tendencia a acomodarse al entorno propio esperando que todo surja desde ahí, apoyándose en los demás para que hagan las cosas por ellos, evitan las competencias y mantienen una postura de indefensión; como dice Caponni (1997):

> La actitud básica del dependiente es captar al otro "pasivamente", o sea, despertando su piedad, y/o estando dispuesto a portarse siempre bien con él para obtener el apoyo externo que necesita. Su existencia entera requiere de una forma subsidiaria de relación.

Sin embargo, investigaciones demuestran que no sólo utilizan estrategias de pasividad sino también usan la actividad, para Bornestein (1996):

> ... estudios de personas dependientes en el contexto clínico ofrecen además evidencia que dice que los individuos dependientes, a veces se comportan de manera activa asertiva más que de manera pasiva y sumisa… Las evidencias más fuertes sugieren que la variabilidad situacional juega un papel clave al determinar si una persona dependiente se comportará de manera activa y asertiva o pasiva y sumisa…

De esta forma, la pasividad es una estrategia que busca fortalecer la relación con los cuidadores dejándolos en posición dominante, mientras que la actividad es una estrategia que busca ganar la aprobación de la autoridad. En la pasividad se autodenigran y en la actividad se autopromocionan (Bornestein, 1996).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

La pasividad incorrecta en este modo de ser se expresa con **"estrategias de postergación"** en donde huyen de contextos en donde pueda evidenciarse su ineficacia o en donde tengan que asumir el riesgo de ser rechazados; no intentaran competir e incluso dejarán ganar a su contendor. En este grupo de estrategias se tiende a aplazar cualquier acción que implique responsabilidad, intentando que otra persona la realice o llevándola a un punto en donde sólo bajo gran presión o compañía fiel, se ejecuta una actividad adulta que signifique cierta independencia.

También utiliza **"estrategias de negación consciente y no consciente"** que buscan en definitiva no enfrentar a personas que consideran más fuertes o a situaciones que implican independencia. En cuanto a la negación consciente, suelen no expresar sus desacuerdos y someterse a las decisiones de otros aun sin compartirlas, aceptan posturas que van en contra de sus intereses con tal de no pelear; mientras que en la negación no consciente, interpretan un mundo hostil como un lugar en donde todo funciona bien y nada es tan grave, se niegan sentimientos hostiles que consideran desagradables e inaceptables para sí mismos, pues de aceptar sus sentimientos de rabia hacia otros surgen sensaciones riesgosas, llegando incluso a construir racionalizaciones en donde el maltrato recibido o la negligencia vivida es justificada a través de diversos argumentos. Pueden sonreír aun estando a punto de llorar o explotar de la rabia.

Por último, utilizan **"estrategias de invitación a la protección"** en donde se fusionan con una figura de autoridad que consideran más grande, fuerte y capaz, enalteciéndolo y disfrazando su personalidad, al asumir la vida y el estilo del otro; de igual forma, se autodenigran o victimizan provocando lástima, bajo el supuesto que así serán protegidos o generando en el otro la sensación de grandeza.

En lo referente a la actividad incorrecta, utilizan **"estrategias de corroboración del afecto y la valía"** preguntando constantemente si están haciendo las cosas bien o si lo que han hecho o dicho ha sido agradable, controlando la disponibilidad incondicional de las personas, persiguiéndolas e intentando garantizar de cualquier manera que son sujetos de amor.

También suelen usar **"estrategias de búsqueda de aprobación"** haciendo favores o tratando de agradar con diferentes acciones que terminan endeudando a las personas y llenándolas de la sensación de tener que devolver algo a esta persona que es tan amable y solidaria.

Por último, utilizan **"estrategias maquiavélicas"** manipulando con la inducción de culpa a los demás e incluso enfermándose a sí mismos si es preciso para controlar a las personas, dentro de este grupo de estrategias ocasionalmente aparecen conductas pasivo-agresivas que buscan el desquite disimulado a través de "cuentas de cobro" por no hacer lo que ellos quieren.

ENFRENTANDO EL VACÍO: ACTIVIDAD Y PASIVIDAD CORRECTAS

La pasividad y la actividad correctas en este modo de ser se logran después de un arduo trabajo, en donde a través del aumento de la autocomprensión se develan las "estrategias de postergación" y movilizando la autorregulación se enfrentan contextos en donde el miedo y el riesgo de ser rechazados aparece, se aumenta la capacidad de enfrentar situaciones en donde hay que competir, anticipando y ejecutando acciones independientes sin aplazarlas ni delegarlas en otros y llegando incluso a realizarlas sin compañía ni apoyo de fuentes de seguridad. La persona moviliza su capacidad de autoproyección viéndose a futuro como alguien que puede enfrentar la vida de forma autónoma, autorregulándose a sí misma sin dejar que el miedo de tal expectativa la paralice; desarrolla su asertividad para enfrentar a personas que considera más fuertes, expresando sus desacuerdos y negándose a asumir decisiones con las que no está de acuerdo.

A través de la movilización de su capacidad de afectación y de autocomprensión, se permite experimentar y aceptar las sensaciones que le despierta la hostilidad de un mundo agresivo, así como de personas a las que no siempre les cae bien; dándole a la emocionalidad su verdadera dimensión, se permiten aceptar sus sentimientos de rabia hacia otros y aprende a expresarlos asertivamente sin engañarse ni justificar a los demás, permitiéndoles que asuman la responsabilidad de sus actos. La integración de su emocionalidad con la conciencia explícita de sí mismos les permite tener mayor coherencia entre lo que piensan y sienten, aprendiendo a escucharse y aceptar sus sensaciones. De igual forma, movilizan su capacidad de diferenciación para tomar distancia de posturas, actitudes y conductas que no les pertenecen y que han sido adoptadas de forma prestada, su autocomprensión y su capacidad de afectación les permiten reconocer sus aspectos positivos, sus valores y cualidades afirmándose ante los demás.

Por otro lado, movilizan su capacidad de autorregulación para aumentar su tolerancia al malestar surgida de la anticipación de rechazo que realizan, logrando así gobernarse para detener la constante búsqueda de aprobación, soltar el control de los demás y soportar la incertidumbre; aprenden a poner límites y solicitar lo que quieren de frente y sin manipulaciones, aceptando que no siempre van a ganar ni a lograr lo que quieren. En la pasividad y actividad correctas de tercer nivel aprenden sapiensalmente que "cuando intentas controlar aquello sobre lo que no tienes control, terminas perdiendo el control de aquello que controlabas (Gorski, 1984)".

De forma paralela llegan a estrategias de cuarto nivel, aceptando aquello que no se puede cambiar y encontrando sentido de vida en el cambio que se está dando y la nueva situación vital.

.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Diferenciándose de otros modos de ser

Al ser la dependencia más un rasgo que una estructura de personalidad, el diagnóstico diferencial no es tan sencillo, pues en el medio psicopatológico, con independencia de los trastornos, se dan altos niveles de dependencia.

La dependencia suele estar relacionada con el **histrionismo** (Bornstein, 1998, Caballo, 2004c, Carcione, 2003a, Millon, 2001), pero en el caso de la dependencia existen altos niveles de necesidad de dependencia autoatribuida que no se dan en el histrionismo; si bien los dos modos de ser parecen infantiles y apegados, los dependientes son menos engreídos y superficiales, más pasivos y sumisos que manipuladores, gregarios y seductores (Beck, 2005, Caballo, 2004c). El histriónico es activo, manipulando su ambiente para lograr lo que quiere, mientras que el dependiente espera de manera pasiva; si bien los dos modos de ser comparten una intensa necesidad de aprobación y la negación de sus propios pensamientos y sentimientos, para Millon (2001):

> La diferencia básica entre la personalidad dependiente y la histriónica reside en su estrategia interpersonal para hacer que los demás sean el centro de sus vidas. Los dependientes se apoyan pasivamente en los demás en busca de protección, apoyo, seguridad y guía. Mediante su actitud de indefensión, potencian que los demás sean activos, que intercedan por ellos para arreglar y manejar sus vidas. Por el contrario, los histriónicos son activos. En lugar de situarse pasivamente, toman la iniciativa para modificar las circunstancias de sus vidas y se aseguran antes que nada de que las atenciones y la aprobación que necesitan de los demás sean para siempre.

En el caso del modo de ser **inhibido o evitativo,** los dos tienen gran necesidad de afecto, pero el evitador duda de su obtención, mientras que el dependiente confía y se abandona en el otro (Beck, 2005, Caballo, 2004c), ambos parecen ser tímidos, le temen a la crítica y al conflicto interpersonal, son inseguros y buscan ser cuidados, y aunque ante la autoridad suelen ser igual de sumisos, la diferencia radica que en la dependencia no se reafirman a sí mismos por su miedo a ser abandonados, mientras que en la evitación no lo hacen por su autoimagen negativa (Leising, 2006). El dependiente busca a los demás e intenta agradarles, mientras que en la evitación se huye de los otros por miedo al rechazo, la burla o la humillación (Millon, 2001).

En relación con el modo de ser **desregulado** ambos se caracterizan por el miedo al abandono, sin embargo los dependientes intentan regularse buscando un reemplazo rápido o intentando recuperar la relación, mientras que el modo de ser límite tiende mas a regularse con explosiones de rabia o autolesiones. En palabras de Millon (2001):

> Las personalidades límite tienden a confundir las fronteras entre ellos mismos y los demás, y suelen idealizar a sus compañeros al principio de la relación. Sin embargo, estas personalidades expresan ira fácilmente, son inestables emocionalmente, y a menudo intimidan a los demás, mientras que los dependientes raras veces se muestran enérgicos. Así mismo, la personalidad límite puede manipular a sus compañeros para evitar el abandono, pero los dependientes esperan pasivamente a ver qué pasa y confían en que todo les irá bien. Además, los dependientes funcionan bien mientras sus cuidadores les proporcionan amor y guía. Por el contrario, la intensa inestabilidad emocional de la personalidad límite comporta un nivel superior de descompensación psicológica.

Si bien parece existir una gran relación entre depresión y dependencia, las diferencias con la personalidad **"depresiva"** radican especialmente en que en la personalidad depresiva no se da un apego exagerado a figuras de referencia y como dice Rayder y cols (2007):

> ... hay menos probabilidades de que la pérdida de relaciones conduzca a intentos temerosos y desesperados de retener a la otra persona para que no se rompa la relación; por el contrario, la reacción en el trastorno depresivo de la personalidad suele consistir en apatía y retraimiento.

Aunque no es tan común, en ocasiones personas que acuden a terapia fruto de la ruptura en una relación amorosa parecen estar dominadas por la dependencia afectiva; sin embargo, un poco de exploración muestra que subyace la desesperación en un modo de ser grandioso o **"narciso"** que no soporta haber sido abandonado, pues dicha experiencia alborota las vivencias de descalificación; ahora bien, en la personalidad narcisista la persona esta orientada a satisfacer sus propios deseos, mientras que en la dependencia la búsqueda es la satisfacción de los demás como estrategia.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

CUANDO LA OLLA DE PRESIÓN EXPLOTA

Cuando las estrategias de afrontamiento dejan de funcionar, no son suficientes o su uso exagerado termina siendo más nefasto que aquello que intentan "evadir", la olla de presión se llena, al punto en donde es inevitable pequeñas o grandes explosiones sintomáticas, por las que generalmente es que se pide ayuda, siendo muy importante desarrollar una buena evaluación, pues debido a la gran colaboración de estos consultantes y a su buena disposición hacia el tratamiento, los clínicos pasan por alto el tema complejo de la personalidad. La dependencia predice el inicio de ciertos problemas psicológicos y mantiene el inicio de otros (Bornstein, 1992). Los trastornos de ansiedad y depresivos suelen ser los más frecuentes (Overholser, 1989, 2004, Postigo, 2009, Millon, 2001); en cuanto a la ansiedad, ésta se produce cuando la relación de protección se encuentra amenazada (Overholser, 2004, Millon, 2001), pueden darse ataques de pánico cuando tienen que enfrentar grandes responsabilidades o desarrollar fobias que los protejan de asumir las mismas (Beck, 2005), especialmente la agorafobia (Caballo, 2004c, Millon, 2001) o también fobias específicas asociadas a un contexto en particular. La ansiedad puede llegar a niveles insoportables, convirtiendo a la persona en alguien tenso, fatigado, con dificultades para dormir y relajarse.

La depresión también esta altamente implicada con la dependencia (Overholser, 1989, Millon, 2001, Harvard Mental Health Letter, 2007), generalmente cuando se enfrenta una pérdida real, que si bien puede ser adaptativo o natural en estas circunstancias (Overholser, 2004, Skodol, 2007), la excesiva dependencia predispone a la depresión y facilita la recaída en estos problemas afectivos (Millon, 2001).

Para algunos autores (Carcione, 2003a) ciertos estados en donde se da la experiencia de vacío facilitan la expresión de compulsiones alimenticias o sexuales, y en ésta, como en otras circunstancias, dependencia alcohólica y de nicotina (Caballo, 2004c, Beck, 2005, Bornstein, 1993a, 1998). De igual forma, es posible que se presenten síntomas somáticos e hipocondríacos, especialmente debido a la represión de emociones (Caballo, 2004c) y algunos como estrategia para eximirse de responsabilidades (Millon, 2001) o manipular y controlar a los otros. Bornstein (1993b) presenta un resumen interesante de la sintomatología de este modo de ser al decir:

> Durante los últimos 40 años, numerosos investigadores han examinado la relación entre dependencia y el riesgo de desordenes físicos y psicológicos. El resultado de estas investigaciones confirma que una orientación de personalidad dependiente está asociada con riesgos incrementados para una variedad de desórdenes físicos y psicológicos incluyendo enfermedades del corazón, cáncer, obesidad, alcoholismo, adicción al tabaco, bulimia y depresión.

DISFRUTANDO LA TRAMPA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Las bases existenciales generales de la relación terapéutica ya han sido expuestas en un capítulo anterior, el disfrute de la trampa de la relación terapéutica en este modo de ser, se expone en este punto de manera específica, pues no hay nada más cómodo para un psicoterapeuta que atender una persona con un modo de ser dependiente, son amables, cálidos, respetuosos, parecen altamente motivados para cambiar, hacen las tareas, se muestran agradecidos y hacen sentir al terapeuta como una persona maravillosa, pues son cumplidos y cooperativos (Bornstein, 1993a, 1993b), no se pierden las terapias ni se retiran prematuramente de ellas (Harvard Mental Health Letter, 2007), sin embargo, en este planteamiento se encuentra precisamente la trampa de la relación terapéutica, pues es allí, en donde en medio de la dinámica de la relación termina manteniéndose el problema, reforzándose o empeorando. Al principio suelen mostrarse muy colaboradores y el terapeuta se siente muy motivado y cómodo, sin embargo, con el paso del tiempo se pueden tornar pasivos y no realizar las tareas ni los movimientos terapéuticos necesarios para el proceso, sintiendo el terapeuta cierto desespero y en ocasiones rabia ante la resistencia pasiva del consultante. Ahora bien, en la mayoría de los casos los consultantes no llegan a consulta por sus problemas de personalidad, generalmente se aquejan por la ansiedad o la depresión, sufren de ataques de pánico, problemas psicosomáticos u otros síntomas ya expuestos con anterioridad, siendo para algunos terapeutas difícil identificar la dependencia que está de base, pues no consideran que debajo de una gran cantidad de problemas psicológicos está una estructura de personalidad con ciertos rasgos, que al haberse cristalizado un poco, restringen la libertad de la persona facilitando la expresión de diferentes síntomas, agravando el problema el hecho de que al presentarse con tan buena disposición y amabilidad, no suelen verse tan disfuncionales como se podría considerar en diversos trastornos de la personalidad. Evaluar la dependencia es importante, pero no es tan fácil a menos que se conozcan bien los aspectos que se han venido abordando en las páginas anteriores, así como las dinámicas relaciones que se entablan en medio de la psicoterapia.

Muchos terapeutas suelen movilizar sus propios rasgos narcisos al entablar relaciones terapéuticas con estas personas, se sienten poderosos, aliviados, sin miedo a la descalificación, no dándose cuenta de la fantasía que están creando, pues como bien menciona Millon (2001):

> El dependiente deja la responsabilidad para el final y crea un lazo cada vez mayor, mientras que el terapeuta acaba asumiendo la responsabilidad, sometiéndose a la idea delirante de que está curando de manera activa al dependiente, y viéndose como un dios en proyecciones de omnipotencia y omnisciencia.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Otros pueden sentir la dependencia del consultante como una responsabilidad intolerable y tenderán a evadir (Carcione, 2003b), es corriente que los terapeutas crean que es fácil cambiarles las citas de horario, aplazar los encuentros o brindar retroalimentaciones que a veces rayan con la violencia, sin medir muy bien el impacto que sus intervenciones tienen en la vida de estas personas.

La adherencia al proceso terapéutico puede ser alta cuando en principio encuentran terapeutas directivos y sólidos, siendo especialmente el tipo de terapeuta que buscan estas personas (Overholser, 2004). El inicio de la relación requiere de cierta directividad, pues como dice Postigo (2009):

> Al principio, suelen dar muestras de cierta ansiedad. Normalmente permanecen callados y expectantes hasta que el terapeuta se dirige a ellos para iniciar la entrevista. Si durante el transcurso de ésta se sienten comprendidos y apoyados, empezarán a confiar en el clínico y la entrevista se desarrollará con bastante facilidad. Una vez establecido este clima de confianza, el dependiente es extremadamente colaborador. Intentará cumplir con las expectativas del terapeuta contestando amablemente a las preguntas y aclarando con detalle las dudas.

El inicio de la terapia se da en medio de la queja fruto de la finalización de una relación afectiva o alguna sintomatología de las expuestas en un punto anterior, si el terapeuta es sólido, creíble e inspirador de confianza, y brinda un poco de directividad al principio de la relación, el consultante se sentirá cómodo y participará activamente en el proceso terapéutico, sintiendo en principio la protección de alguien que puede ayudarlo; sin embargo, con el paso del tiempo esta magia inicial de la relación terapéutica empieza a cambiar debido a las sensaciones que aparecen en el terapeuta, quien empezara a sentirse frustrado, a veces hiperresponsabilizado y otras –dependiendo de sus propios rasgos de personalidad– hasta agresivo. En palabra de Beck (2005):

> Al principio de la terapia, estos pacientes parecen a veces fáciles de tratar. Prestan tanta atención a los esfuerzos del terapeuta y los aprecian tanto que proporcionan un oportuno alivio, en contraste con muchos otros pacientes que no parecen escuchar o respetar lo que el terapeuta dice. Es fácil comprometerlos con el tratamiento, y empiezan siendo tan cooperadores que hacen creer al terapeuta que la terapia progresa rápidamente. Pero quizás esto sólo incremente la frustración del terapeuta en las etapas ulteriores, en las que esos pacientes se aferran al tratamiento, resistiéndose a los esfuerzos del terapeuta tendientes a que asuman una mayor autonomía.

Cuando el terapeuta empieza a indagar acerca de la manera en que la persona se relaciona, empezarán a surgir todas las estrategias de afrontamiento, especialmente las estrategias de negación que suelen ser seguidas por estrategias de búsqueda de aprobación hacia el terapeuta, buscando de esta manera disminuir la severidad del

mismo, ante lo cual se debe tener la suficiente flexibilidad para que el consultante experimente la protección que necesita, la aceptación incondicional que tanto añora y la empatía que lo vincula, pues de no generarse estos movimientos del arte de la relación terapéutica, la adherencia al proceso disminuye y puede finalizar en la búsqueda de otro terapeuta (Caballo, 2004c).

La relación terapéutica tiene solidez y se vuelve útil cuando se da en medio de la autenticidad del terapeuta; muchos profesionales quieren mantener una relación objetiva y estrictamente estratégica, desconociendo los movimientos emocionales que tiene e incluso negándolos o pensando que los pueden manejar totalmente. En el modo de ser dependiente es aún más riesgoso no tener un buen nivel de desarrollo personal y autoconocimiento, pues son muy sensibles a las señales interpersonales, están altamente motivados a entender a las personas y han desarrollado una habilidad importante para descodificar las señales verbales y no verbales (Bornstein, 1993a, 1993b), situación que les permite leer muy bien al terapeuta para poder agradarle y al mismo tiempo sentir su incomodidad, disgusto o desespero, invitando al consultante a arreciar sus estrategias de afrontamiento ante la activación de sus vivencias de insuficiencia o desamparo. Es allí, en donde el terapeuta debe utilizarse a sí mismo para ayudarle al consultante a verse en relación y comprender mejor los efectos que se generan en las demás personas a partir del estilo relacional entablado.

La relación terapéutica es la base del tratamiento, siendo el objetivo inicial del proceso, identificar con rapidez los indicadores que activan los ciclos interpersonales disfuncionales (Carcione, 2003a), es decir, los movimientos que disparan las estrategias de afrontamiento, mientras de forma paralela se le brinda la seguridad y dirección que en principio necesitan, así como la actitud de esperanza con respecto al potencial de cambio del consultante (Overholser, 2004), sin hacer demasiado énfasis en que lo que se busca es mayor independencia, pues esto asusta a los consultantes quienes prefieren en principio sentir que van a estar mejor, pero no sentirán amenazada su creencia de que "ser independiente significa estar solo".

Una vez la relación empieza a cambiar, pues el proceso terapéutico invita a una mayor independencia, el terapeuta debe mantener una postura de constante autobservación, porque al ingresar la terapia en un momento en donde se aumenta la autorregulación y se cambian las estrategias de primer y segundo nivel –pasividad y actividad incorrectas– por estrategias de tercero y cuarto –pasividad y actividad correctas– el consultante debe formarse una imagen estable del terapeuta, en donde recibe apoyo constante pero no asume la responsabilidad por el consultante; sin embargo, los problemas de la persona pueden ser bastante serios y no es estratégico empezar a trabajar la personalidad sin antes haber resuelto, en cierta medida, los otros problemas, síntomas o aspectos relacionados con crisis serias como la violencia doméstica (Bornstein, 2007b), la ideación suicida no manipulativa o los ataques

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de pánico, entre otras cosas. Una vez se han superado los problemas críticos –que generalmente son los motivos de consulta– se podrá empezar a movilizar el tema importante: la dependencia.

Si bien al principio se puede permitir cierta dependencia parcial del terapeuta en pro de la adherencia al tratamiento, después de superar algunas crisis la relación se mantiene estable pero pasa a una fase diferente, pues como bien expresa Overholser (2004):

> Conforme progresa el tratamiento, pueden surgir muchos problemas éticos y terapéuticos si el profesional continua permitiendo que el paciente siga dependiendo de él. De este modo, el terapeuta tiene que percibir la dependencia del paciente con respecto a él como una fase de transición que tendrá que abordarse después de que el paciente haya realizado algunos cambios adaptativos. Cuando el paciente se siente mejor, más fuerte y más estable emocionalmente, es natural que el terapeuta retire la dirección y el consejo que utilizó en etapas anteriores del tratamiento.

Este proceso implica una lenta velocidad hacia la independencia, utilizando movimientos terapéuticos como pedirle al consultante que plantee los objetivos de esta nueva fase e incluso los temas en los que desearía profundizar en la sesión (Beck, 2005); si bien es posible que no plantee ninguno y que esté esperando a que el terapeuta lo haga, quedarán planteadas ciertas necesidades para la terapia que poco a poco repercutirán en que el consultante se haga más activo en su proceso de cambio.

La relación terapéutica debe ser utilizada para movilizar los recursos personales del consultante, permitiéndole que en vivo y en directo devele lo que le sucede, manifieste su capacidad de autocomprensión y en síntesis movilice los recursos noéticos que se plantean en la pasividad y actividad correctas; ahora bien, aun desarrollando un buen proceso de cambio, es posible que la finalización del proceso no sea tan fácil para el consultante y que puedan avivarse nuevamente sensaciones de abandono, para lo cual el terapeuta tendrá que utilizar diversas estrategias como reducir poco a poco la frecuencia de las sesiones, realizar procesos de prevención de recaídas en donde logre anticipar situaciones de riesgo y pueda percibir pequeños retrocesos como parte normal del proceso, hablar de cómo será la finalización de la terapia proyectando lo que allí puede llegar a sentirse, pero planteando al mismo tiempo que si bien el proceso terapéutico llegará a cerrarse, la posibilidad de volver en un futuro estará siempre abierta y que se darán ciertas citas de supervisión –cada vez más espaciadas– para ver como va la persona y como sigue su vida.

Algunas recomendaciones adicionales son esenciales para el buen desarrollo de la psicoterapia:

– Hay que establecer límites amorosos, pero claros en torno a tiempos, horarios de consultas, llamadas, etc.

– Estar alerta a los límites afectivos y las señales que el terapeuta puede enviar, pues estos consultantes suelen confundir la relación terapéutica y sufrir procesos de enamoramiento que dificultan el proceso de cambio; por ello es importante ser prudente con los contactos físicos, las sesiones fuera del consultorio o los comentarios que puedan ser mal entendidos.

– Hay que tener cuidado con las recomendaciones de tipo personal a través de autorrevelaciones, pues estos consultantes suelen intentar fusionarse con figuras de autoridad y engancharlas en círculos interpersonales complejos.

– Favorecer la supervisión de casos con terapeutas de mayor experiencia que puedan sugerir el desbloqueo de la relación que puede estar empantanada, así como ayudar al terapeuta en su propio proceso autocomprensivo y la manera como puede utilizarse a sí mismo para facilitar el cambio.

– En síntesis, hay que seguir la definición de relación terapéutica que plantea Binswanger (1973): "En toda forma de psicoterapia médica hay dos hombres frente a frente, de algún modo 'dirigidos el uno hacia el otro'; se colocan dos hombres en cierto modo "uno con el otro y separados uno del otro".

© **Editorial El Manual Moderno** Fotocopiar sin autorización es un delito.

EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL MODO DE SER SUMISO

Las personas con este modo de ser suelen asistir a tratamiento con cierta facilidad; sin embargo, como es común a los problemas de personalidad, la solicitud de ayuda es motivada por problemas diferentes a la personalidad misma, resaltándose los síntomas expuestos en el punto anterior denominado "cuando la olla explota" o asustados por la finalización de una relación afectiva. El abordaje terapéutico en la psicoterapia centrada en el sentido se enfoca –entre otras cosas– en ampliar el margen de libertad de la persona frente a lo que le acontece, sin embargo, debido a la facilidad para entablar vínculos y la gracia con la que se presentan al terapeuta, uno de los objetivos centrales es el de poder leer más allá de los síntomas que se presentan y establecer un verdadero diagnóstico, aprovechando en principio la relación terapéutica, pero manteniendo los límites necesarios para el buen desarrollo de la psicoterapia. Al igual que los diferentes trastornos de la personalidad, el tratamiento no pasa solamente por la regulación de los síntomas sino por la resignificación del modo de ser, situación que puede llevar un buen tiempo de trabajo terapéutico.

El abordaje de este modo de ser implica:

– Generar una relación terapéutica que facilite el proceso de cambio, utilizando la relación para aumentar el autodistanciamiento de la persona frente a sus relaciones interpersonales.

– Disminuir los síntomas que se presentan como motivo de consulta.

– Avivar los recursos noológicos y los factores noéticos concretos.

– Cambiar las estrategias de afrontamiento por pasividades y actividades justas.

– Trabajar el vacío existencial y la toma de decisiones que repercuten en la construcción de un proyecto de vida personal y autónomo.

– Aumentar la autoestima.

– Desarrollar habilidades sociales y de asertividad.

– Asumir la responsabilidad de la vida.

– Prevenir la recaída.

El proceso terapéutico tiene los siguientes momentos:

1. **Momento inicial.** Centrado en el establecimiento de la relación terapéutica a partir de los puntos expuestos con anterioridad y el desarrollo de una buena evaluación que implica poder ver más allá de los síntomas, teniendo en cuenta las diferencias de género que se presentan en este modo de ser, la edad de la persona y especialmente el cuidado de no sobreinterpretar acciones altruistas puras, significándolas como estrategias de afrontamiento inadecuadas. El objetivo fundamental para el clínico será el de configurar un mapa del funcionamiento de la persona, mientras de forma paralela se le brinda el apoyo y el acompañamiento emocional que garantice la estabilización de la crisis por la que se acude a terapia. Si bien, se requiere de un buen manejo de la relación terapéutica, en principio puede ser útil permitir cierta dependencia sutil que facilite la regulación inicial de síntomas.

2. **Momento inicial de autodistanciamiento (autocomprensión y autorregulación).** Establecido el sostén de la relación terapéutica debe empezarse a movilizar la capacidad de autorregulación en términos exclusivos de alcanzar una reducción de síntomas y no buscando avivar el poder de oposición de la persona ante su organismo psicofísico, pues aún no es el momento adecuado para estas intervenciones. La reducción de síntomas le va a permitir a la persona en proceso nivelarse y aumentar la sensación de autoeficacia; sin embargo, este proceso debe ir acompañado, de forma paralela, de una fuerte movilización de la autocomprensión que le permita a la persona no abandonar el proceso terapéutico una vez los síntomas han disminuido. Es fundamental en este momento del proceso no generar espacios o dinámicas para que la persona se autoconfronte fuertemente pues la adherencia al tratamiento podría verse afectada ante el miedo que produce la independencia y el enfrentamiento, por ello es fundamental no perder de vista las recomendaciones hechas anteriormente sobre la relación terapéutica y contemplar la velocidad del cambio como un proceso lento al principio, pero que acelerará en la medida que los objetivos se vayan alcanzando. En esta parte del proceso hay que lograr que puedan objetivarse y verse un poco a sí mismos con relación a las relaciones interpersonales que plantean.
   Las diferentes técnicas que movilizan la autocomprensión deben variar pero no exponer demasiado al consultante ante la posibilidad de ser independiente o enfrentar conflictos, pues como se vio en páginas anteriores "ser independiente significa estar solo", miedo ante el que este modo de ser aún no se encuentra preparado, recomendándose especialmente utilizar el diálogo socrático (Martínez, 2009c), pues su estilo facilita la autocomprensión con un bajo nivel confrontacional.
   En este punto es función del terapeuta identificar rápidamente las pautas de interacción que tiene la persona, así como las estrategias de afrontamiento que utiliza, trasmitiéndole al consultante los objetivos terapéuticos de manera estra-

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

tégica, al plantearle que lo que van a buscar es que se sienta mejor, se haga más fuerte y se sienta más pleno, disminuyendo de esta manera el miedo al cambio y a la independencia; de igual forma, cierta directividad inicial ayudara con la regulación de síntomas, pero debe tenerse la prudencia suficiente para no buscar nada más en esta fase, pues por la buena disposición de estos consultantes, el terapeuta puede sentirse tentado a avanzar en el proceso terapéutico solicitando cosas que el consultante aceptará sin problema pero que no ejecutará.

3. **Momento intermedio de autodistanciamiento (autocomprensión).** Una vez la adherencia al tratamiento se ha desarrollado y los síntomas se han regulado, el terapeuta debe centrarse en aumentar la capacidad de autocomprensión del consultante, en términos de ayudarle a comprender la manera como funciona y se relaciona con los demás; para ello pueden utilizarse registros de seguimiento de las emociones y pensamientos que se dan en las diferentes situaciones en donde se presentan sensaciones poco agradables, el diálogo socrático y los seminarios paradójicos, así como las estrategias de diagnóstico alternativo (Lukas, 1983, Martínez, 2007, 2009b) que le permitan observar a la persona que no todo es una catástrofe en su vida.
   En este punto del proceso es importante empezar a trabajar la autocomprensión de la emocionalidad, utilizando para ello la relación terapéutica entablada y creando las tareas y las intervenciones terapéuticas que creativamente dinamicen este proceso autocomprensivo, teniendo en cuenta validar las emociones que experimenta el consultante, reconociendo lo normal que es experimentar dichas sensaciones cuando se ven las cosas como se están viendo y cómo cualquier persona en una situación similar, comprendiendo el mundo como lo esta comprendiendo, se sentiría igual o peor.
   En este mismo punto y de forma paralela hay que ayudar a la persona a que observe las diferentes dificultades que tiene: identificar los propios objetivos y deseos, expresar lo que piensa y siente, regular la emocionalidad que se desborda cuando se activan diferentes estados mentales o percepción de riesgos ante la identidad construida, y en general las estrategias activas y pasivas que utiliza. Al finalizar esta fase la persona debe estar en capacidad de describirse a si misma en términos de la manera como percibe el mundo, a los demás y a sí mismo, y la manera como se adapta al mundo personal en donde cree vivir, logrando alcanzar la claridad acerca de la manera como se ha mantenido esta pauta de vivir la vida, en donde su persecución del afecto, así como su sumisión constante generan reacciones que le reconfirman su identidad, atrapando a la persona en la definición de neurosis que daba Frankl (1992) al plantear que un neurótico es una persona que cambia su visión de ser posibilidad, por una de ser así y no de otra manera.

4. **Momento intermedio de autodistanciamiento (autoproyección).** Una vez la persona logra comprenderse a si misma, se corren riesgos importantes de abandono del proceso terapéutico, motivo por el cual se hace necesario un importante trabajo motivacional que le permita a la persona mantenerse dentro del proceso, para ello, es fundamental connotar positivamente a la persona frente a los pequeños logros que va teniendo, así como realizar trabajos autoproyectivos como las cartas del futuro, los juegos de roles con polaridades de cambio (Martínez, 2009e), las estrategias tradicionales de entrevista motivacional (Miller, 1999), las intervenciones socráticas con técnicas ingenuas (Lukas, 2006, Martínez, 2002a, 2009c) o jugar de "abogado del diablo" (Postigo, 2009), pues estas estrategias suelen generar reacciones emocionales en pro del cambio, ayudando con la ambivalencia común que puede presentarse en esta fase del proceso. Parte de la motivación para el cambio implica dimensionar realmente lo que se debe cambiar, siendo para ello necesario definir con el consultante qué es realmente dependencia y que es realmente un acto genuino de amor, permitiéndole diseñar degradés que le permitan saber que no se va a volver una persona solitaria ni agresiva con otros. De igual forma, debe empezar a utilizarse el diagnóstico alternativo y la manera como la persona quiere verse a sí misma en el futuro para emprender acciones que aumenten la autoestima. Los movimientos motivacionales y aquellos en pro de la autoestima deben permanecer a lo largo de toda la intervención terapéutica.

5. **Momento intermedio de autodistanciamiento y autotrascendencia (autorregulación y afectación).** Una vez la relación terapéutica se ha consolidado y la autocomprensión se ha dado, deben empezar a manejarse dos temas fundamentales, por un lado la resignificación del mundo e identidad construida, enfrentando los miedos al rechazo y la soledad, aumentando la tolerancia al malestar y la incertidumbre, disminuyendo de esta forma la búsqueda de aprobación y las estrategias utilizadas para no enfrentar su proceso de resignificación, y por otro lado el aumento de la autoestima. En cuanto a la resignificación del mundo construido y de la identidad establecida, se utilizan dos grupos de estrategias terapéuticas principales, aquellas estrategias utilizadas en la intimidad del consultorio y las tareas terapéuticas asignadas; en cuanto al trabajo en el consultorio, el terapeuta debe utilizarse a sí mismo para inducir vivencias en donde estos ciclos interpersonales disfuncionales puedan avivarse y trabajarse en vivo y en directo en medio de la sesión. Durante la terapia se deben hacer explícitas las estrategias de afrontamiento que utiliza la persona e intentar cortarlas amorosamente, deteniéndose y haciendo señalamientos cuando la persona usa alguna forma de pasividad o actividad incorrectas intentando negar lo que siente o no expresar sus desacuerdos e incomodidades, para ello se generan situaciones terapéuticas en donde la persona pueda avivar sus miedos y en el aquí y en el ahora se le

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

ayuda a que se vea utilizando sus estrategias de negación, solicitándole que las enfrente confrontando al terapeuta, diciéndole las cosas que no le gustan e incluso proponiéndole que le haga críticas de cualquier estilo, estando alerta para que no sonría ni pida excusas de forma no verbal, ayudándole a aumentar su asertividad y acompañándolo a resignificar estos miedos.

Durante la sesión debe estarse alerta a la utilización de estrategias de corroboración del afecto y la valía, confrontando dichos momentos y ayudándole a aumentar su tolerancia a la incertidumbre; por esta misma línea, el terapeuta debe estar pendiente de las estrategias de búsqueda de aprobación, teniendo en cuenta siempre el ayudarle a la persona a discernir si sus acciones están dándose como estrategia de segundo nivel o realmente son acciones puras guiadas por valores e intereses legítimos por el bien de los demás. Cuando se presentan estrategias de "postergación" o estrategias "maquiavélicas" deben señalarse de forma amorosa e intentar persuadir a la persona para que haga las acciones que han sido postergadas en el momento de la sesión, sin presionarla y permitiéndole que decida por sí misma, si se siente ya lista para hacerlo o lo dejan como tarea para la casa. Dentro del consultorio es importante ayudar socráticamente a la persona a identificar los pensamientos que surgen en medio de las vivencias que se están alborotando en consulta, ayudándole a que identifique las creencias que tiene, las ponga en duda y además defienda posturas más sanas ante una figura de autoridad como es el terapeuta.

En cuanto a las tareas para la casa como estrategias terapéuticas de extensión de la terapia y generalización del cambio, se diseñan estrategias en donde la persona pueda enfrentar de manera gradual sus dificultades, desarrollando en principio una escalera de actividades, ubicando las acciones que más dificultad le generarían y las que menos, para empezar a desarrollar acciones que gradualmente posicionen a la persona; es decir, se desarrolla una pirámide en donde se ubiquen tareas como poner límites, expresar lo que piensa y lo que siente, pedir favores y cosas que quiere, hacer críticas, realizar actividades en solitario, etc., y se diseñan tareas que le permitirán enfrentar.

La persona con este modo de ser debe resignificar sus vivencias de desamparo y minusvalía, logrando enfrentar precisamente lo que más teme y proponiéndole para ello tareas terapéuticas en donde pueda exponerse a estas experiencias, acompañándolo socráticamente para cambiar su visión de mundo. En síntesis, se buscan las tareas que le permitan abandonar su actividad y pasividad incorrectas pasando de esta forma de las estrategias de segundo nivel a unas de tercero (Martínez, 2007, 2009b).

De forma paralela, la autoestima debe trabajarse en un proceso de doble vía; por un lado reforzando la autoestima con los logros que obtiene con las estrategias expuestas con anterioridad y al mismo tiempo facilitando los anteriores logros al aumentar la autoestima. En este punto se pueden utilizar muchas estrategias,

en principio el "actuar como si" puede ser de utilidad, es decir, ayudarle a la persona a identificar como actúan las personas con alta autoestima y seguridad personal, como miran, como saludan, con que tono de voz hablan, como caminan, y exigir en medio de la terapia que se comporte de esta manera durante la sesión, colocando pequeñas tareas para que actue de esta forma fuera del consultorio; también es importante ayudarle a realizar autoafirmaciones positivas sobre sí mismo (Overholser, 2004, Postigo, 2009) o estructurar frases o lemas que deba repetir contantemente, trabajar con espejos si es posible y connotar positivamente todos sus avances, pero poco a poco buscar que sea el mismo el que se los autoconnote. Pueden plantearse tareas como "descubra a X haciendo algo bueno" pidiéndole que registre 30 o 40 acciones buenas o positivas para sí mismo que desarrolle durante cada día, profundizando en las emociones positivas que esto genera y posicionándolo cada vez más frente al logro. Hay que recordar que cuando las tareas no se desarrollan, es necesario reflexionar en torno a la situación, pues es posible que se estén planteando tareas para las que el consultante aún no se encuentra listo o el mismo esta intentando frenar su progreso para evitar la finalización de la terapia o para evitar que aumente el nivel de dificultad de las tareas (Postigo, 2009), esta situación hay que hacerla explícita con el consultante buscando una solución amorosa ante la dificultad. La capacidad de afectación debe moverse buscando que la persona resuene afectivamente ante sus logros, reconozca sus valores y las emociones positivas que encuentra en medio del proceso de cambio; pero también para que identifique las emociones que no se permite experimentar, sintiéndolas, describiéndolas, haciéndolas suyas y aprendiendo a expresarlas.

.

6. **Momento avanzado de autotrascendencia (diferenciación).** Movilizar la capacidad de diferenciación para poder reconocer al otro como una persona independiente, logrando diferenciar lo que es propio y lo que ha sido tomado de forma prestada, son aspectos claves de trabajo en este momento. La identidad suele haberse fusionado con un cuidador o con alguien a quien le han atribuido dichas características (aunque nunca las ejerza), de tal suerte que se hace necesario identificar lo propio y lo ajeno, prestando atención a los intereses y metas personales, así como a los gustos que la persona ha dejado de lado para asumir los de otra persona, para ello las técnicas de cuentería (Martínez, 2002b), las metáforas y el diálogo socrático pueden ayudar, sin embargo es importante generar tareas en donde la persona pueda empezar a desarrollar actividades concretas que tengan que ver con sus propios intereses, llegando a plantear la realización de algunas de estas actividades en solitario y sin pedir "permiso". La diferenciación también implica la identificación de las propias redes sociales y la ampliación del mundo del consultante, "quienes son mis amigos, quienes son tus amigos y quienes son nuestros amigos".

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

7. **Momento avanzado de autotrascendencia (afectación y entrega).** Una vez la persona se ha hecho más libre frente a las restricciones implantadas en lo psicofísico, se hace necesario desplegar las potencialidades noológicas de la autotrascendencia iniciando con la movilización de la capacidad de afectación en doble vía, por un lado hacia los demás, generando nuevos vínculos o retomando antiguos, poniendo en práctica todo lo aprendido y monitoreando con calma la manera como se empieza a relacionar; asistir a cursos, encuentros o actividades sociales en donde pueda generar nuevos vínculos, en donde pueda aprender en vivo y en directo el proceso de discernimiento entre actuar atraído por valores o actuar empujado por sus miedos. Por otro lado, la afectación y la entrega se movilizan hacia el sentido, dejándose tocar por los verdaderos valores, resonando afectivamente ante metas realistas que configuren un nuevo proyecto de vida. El trabajo de la logoterapia específica y en especial el "entrenamiento en percepción de sentido" (Martínez, 2009c, 2009d) se hacen vitales para este momento terapéutico, el método de esclarecimiento existencial (Martínez, 2009d), así como la transformación de los sistemas axiológicos piramidales en sistemas paralelos son ejes fundamentales de esta parte del proceso, pues el trabajo del vacío existencial y el sentido de vida tan ampliamente citado en la literatura logoterapéutica (Frankl, 1983, 1992, 1994a, 1994b, 1995, 2001, Lukas, 1983, 2004, Martínez, 2007, 2009c, 2009d) no da espera, construyendo un proyecto de vida a partir del descubrimiento de sentido, con una clara concepción de los propios intereses.

8. **Momento final.** El cierre del proceso terapéutico pasa por dos elementos claves: el desarrollo de la prevención de recaídas y el proceso gradual de independización de la terapia. En cuanto a la prevención de recaídas (Martínez, 2009a), deben utilizarse estrategias que le permitan a la persona identificar sus propias situaciones de alto riesgo, pero especialmente las señales emocionales y conductuales que pueden surgir como semáforo de que algo no esta funcionando bien, para ello, identificar personas, lugares y situaciones que puedan poner en riesgo el proceso desarrollado y movilizar la capacidad de autoproyección para anticipar posibles soluciones serán herramientas de trabajo vital al final del proceso; de igual forma, mantener el cambio en el estilo de vida, teniendo claridad acerca de las señales que indican una regresión a pautas ya superadas y la retoma de los parámetros trazados constituyen una consolidación del cambio. Es importante considerar que pequeños retrocesos no implican una recaída (Martínez, 2009a, Overholser, 2004) sino un desliz que invita a revisar qué se hizo y qué se debe retomar o mejorar.

   La finalización de la terapia requiere por otro lado, el desprendimiento gradual del proceso terapéutico distanciando poco a poco las sesiones y dejando semiabierta la relación terapéutica, en términos de plantear al finalizar el proceso,

que éste siempre será un espacio para la persona y que se realizarán algunas sesiones de supervisión de forma más espaciada. Cuando el consultante no logra mantener los cambios en la forma espaciada de las sesiones, es posible que aún no este listo (Beck, 2005) o que sea una estrategia para no perder el apoyo del terapeuta, ante lo cual será preciso evaluar la gravedad del retroceso antes de tomar cualquier decisión. El planteamiento de la finalización de la terapia pasa por expresarle al consultante nuestros sentimientos frente a los cambios obtenidos, manifestándole nuestro orgullo (Bornestein, 1993b) y explicándole que no es necesario terminar la relación, sólo que ahora funcionará más como un asesor esporádico en caso de que surja alguna necesidad.

Recomendaciones paralelas para el proceso terapéutico

1. La terapia de familia o de pareja puede ser uno de los abordajes necesarios durante el cambio, sin él, es posible que el cambio sea más lento y difícil, pues las personas cercanas han estructurado un circuito relacional que tiene pautas de interacción que mantienen la identidad de la persona, así como de la pareja y la familia, siendo difícil para las demás personas permitir el cambio y generar una inestabilidad de la relación acostumbrada, llegando en algunos casos a castigar los intentos de cambio (Beck, 2005).

2. En ocasiones la familia o la pareja no están interesadas en realizar cambios, pues en casos dramáticos no les conviene la independencia de la persona en proceso, motivo por el cual la persona tendrá que realizar procesos de desprendimiento emocional que le permitan no sentirse tan afectada por las actitudes de rechazo ante el cambio que la persona esta teniendo y en algunos casos, si es preciso, evaluar la posibilidad de irse de la casa, de pedirle a la otra persona que se vaya o de finalizar la relación de pareja, especialmente cuando se encuentran inmersas en relaciones abusivas y maltratantes.

3. La terapia familiar debe centrarse en cambiar las pautas de relación, siendo recomendable cortar y cambiar las siguientes formas de relacionarse que describe Sholevar (2007) al decir:

   Se caracterizan por tener reglas rígidas en la vida familiar como alto nivel de control familiar y falta de impulso para actuar abiertamente y expresar los sentimientos. El ambiente es sobreprotector creando dependencia a una serie de reglas rígidas en el gobierno de la vida familiar y desanimando a la persona a crear habilidades para actuar y expresarse por sí misma abiertamente, lo cual interfiere en el desarrollo de la autonomía en la infancia. La persona crece tornándose insegura sobre la toma de decisiones importantes y la resolución de los problemas sin el consejo de los demás, y permite a los demás tomar decisiones por él o ella.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

4. Enriquece el proceso terapéutico vincular a la persona a una psicoterapia grupal paralela, en donde pueda relacionarse con otros y comprender la diferencia entre ser independiente, ser dependiente o ser interdependiente.

5. Es importante no mostrar la dependencia como algo "malo" o algo "bueno", sino más bien como algo que puede ser útil en ciertas ocasiones y una debilidad en otras (Bornestein, 1994).

6. En el caso de jóvenes que viven con sus padres, es importante brindarles alternativas a los padres para favorecer el proceso de independización, tomando en cuenta lo expuesto en un punto anterior acerca de las relaciones cercanas.

7. La principal técnica en la psicoterapia centrada en el sentido es la persona y la personalidad del terapeuta quien debe usarse a sí mismo para generar cambios. Por esta misma línea, algunas auto-revelaciones acerca de la sensación que le genera el consultante cuando usa sus estrategias de afrontamiento con él y la manera como esto mismo puede suceder en otros espacios de la vida del consultante, puede ser bastante útil.

8. Como se expuso con anterioridad, no sólo se da un estado de vacío en la persona con este modo de ser, también un estado de desbordamiento por el exceso de tareas para complacer, de tal forma que es importante ayudar a la persona a regular y priorizar sus acciones.

9. Debido a la poca percepción interna de las emociones connotadas por la persona como negativas, es necesario estar alerta a las señales no verbales del consultante para poder hacerlas explícitas y ayudar en la identificación y expresión del mundo emocional.

10. Dadas las características del consultante, la validación emocional es una estrategia que debe utilizarse con frecuencia, validando los sentimientos de la persona como normales y cuidándose como terapeuta de no caer en un estado relacional de lástima o minusvalía de la otra persona, pues muchas veces cuentan con los recursos suficientes para enfrentar la crisis que están viviendo, solo que les cuesta trabajo reconocerlos y si el terapeuta tampoco es capaz. ¡¡¡es muy grave!!!.

11. Si la persona acaba de salir de una relación afectiva es buena idea recomendarle que se mantenga un tiempo sin iniciar otra relación, mientras se fortalece para manejar mejor las cosas.

12. La motivación acerca del proceso terapéutico y la normal ambivalencia frente al cambio, especialmente en los periodos en donde la identidad se esta movilizando, es una tarea constante hasta el último día del proceso.

13. En algunos casos hay que trabajar la culpa, ayudando a identificar cuando la misma es real, neurótica o existencial, para posteriormente abordar terapéuticamente la situación (Martínez, 2003).

14. El terapeuta debe estar pendiente de todos los argumentos que utiliza el consultante para no enfrentar su proceso de cambio, siendo bastante hábil para poder ayudarlo a verse con claridad.

15. Es fundamental la constante auto-referencia del terapeuta, quien dependiendo de su modo de ser y su propia vida vivida, puede facilitar o dificultar el proceso terapéutico; algunos tendrán que manejar los sentimientos de frustración y rabia ante la pasividad e incoherencia del consultante, quien se muestra de acuerdo con todo pero no ejecuta ninguna acción tendiente a lograrlo; otros tendrán que superar su deseo de adoptar a la persona en proceso, asumiéndola como alguien débil que requiere de protección especial; otros verán reflejadas a parejas, madres o a sí mismos, siendo por ello importante tener en cuenta la supervisión o el acompañamiento constante para el terapeuta.

16. Finalmente, es recomendable para el terapeuta estar alerta con la relación y estar revisando constantemente los planteamientos expuestos en este texto, pero siempre guardando la distancia en términos de la consideración esencial de la unicidad de la persona, pues es difícil encontrar alguien que cumpla con todo lo expuesto en este trabajo y generalmente se encuentra que este rasgo de personalidad va de la mano con otros rasgos que deben trabajarse de forma paralela.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

9

Cuando huir de los otros no basta: el modo de ser evitativo

Hay muchas personas de las que ni siquiera recordamos su nombre, no importa si estudiaron en la misma escuela, vivieron en el mismo barrio o se compartieron diferentes contextos, su capacidad para pasar desapercibidos, hacerse invisibles o desaparecer de los ambientes, logro no dejar huella en nuestros vínculos. Para algunos son simplemente "tímidos" o "inhibidos", sin embargo, el dolor que habita en sus corazones y la soledad que emana por sus poros puede alcanzar niveles insospechados por quienes no han padecido del miedo a relacionarse. Como dice Romero (2008):

> Por diversas circunstancias de la vida algunos viven en un mundo que les proporciona pocas posibilidades y un precario manejo de su situación vital. Eso contribuye para la aparición de un sentimiento de inseguridad que está en la génesis de lo que llamamos ansiedad. Sin embargo, éste no es el único factor de inseguridad; hay personas que nunca adquirieron un sentimiento básico de autoconfianza; esto los lleva a desconfiar de sus capacidades en situaciones que necesitan enfrentar barreras y dificultades, mostrándose también menos dispuestos a encarar situaciones de incertidumbre. Esta falta de autoconfianza las induce a exagerar los eventuales inconvenientes y amenazas, mostrándose inseguras hasta en situaciones comunes: cualquier situación no familiar las torna ansiosas.

A estas personas crónicamente angustiadas las llamamos modos de ser evitadores. En el desarrollo etiológico de este modo de ser se encuentran factores hereditarios de tipo temperamental, psicológicos y contextuales; al parecer el componente temperamental juega un papel importante planteando que rasgos como la inhibi-

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

ción se presentan de forma hereditaria en el 48% de los casos (Livesley, 2003). La base temperamental es reconocida por diversos teóricos (Millon & Davis, 2001, Millon & Grossmann, 2007, Meyer, 2002, Taylor, 2004, Herbert, 2007, Caballo, Bautista, López &; Prieto, 2004, Alden, Laposa, Taylor & Ryder, 2002, Livesley, 2003), para algunos existe la probabilidad de encontrar diferencias cerebrales en los llamados sistemas de activación conductual y sistemas de inhibición conductual que regulan las respuestas emocionales ante señales de amenaza o de incentivo (Meyer, 2002), esta disposición temperamental para enfrentar cambios ambientales facilita el aislamiento y la huida de lo nuevo que puede observarse desde los primeros meses de vida (Tylor. 2004, Herbert, 2007), esta predisposición biológica de la inhibición conductual:

> ... puede ser definida como una tendencia innata de sobreactivación fisiológica hacia el cambio de ambiente, frecuentemente considerada la base biológica de los miedos sociales. La evitación a la novedad del TEP de adultos parece ser el estadio final de este patrón temperamental innato (Alden, Laposa, Taylor & Ryder, 2002).

Sin embargo, muchos niños inhibidos conductualmente no desarrollan niveles clínicos de ansiedad y muchos de ellos pueden desembocar en otras formas de psicopatología diferentes al TEP (Herbert, 2007), pues al parecer, lo que suele heredarse no es la psicopatología en particular, sino los rasgos temperamentales como la propensión a la inestabilidad emocional o la predisposición general para la ansiedad (Caballo, Bautista, López &; Prieto, 2004). Adicionalmente, Millon & Grossmann (2007) plantean que en los evitadores "podemos encontrar que tienen una sensibilidad innata al dolor; una base de temor biológico extremo, incluso en circunstancias relativamente favorables; y una tendencia a sentir una ansiedad perturbadora cuando se enfrentan a un potencial estrés físico o psíquico."

La literatura acerca del TEP se ha centrado más en el rol de la vulnerabilidad biológica, sin tener muchos estudios empíricos que evidencien el papel de las relaciones familiares (Alden et al, 2002), sin embargo, es posible que los vínculos con padres autoritarios o negligentes faciliten vivencias que interiorizadas colaboran en la construcción de un modo de ser evitativo o miedoso (Bowles & Meyer, 2008, Johnson, Bromley & McGeoch 2007), pues como dice Dimmaggio et al (2007):

> Los padres de futuras personas con TEP los humillan y rechazan constantemente, son inflexibles y solo están interesados en crear una imagen social intachable (Benjamín, 1996). Los pacientes reportan recuerdos negativos del ambiente de su hogar, con relaciones familiares que carecían de calor emocional, la ausencia de afecto por parte de sus padres está relacionada con una dificultad en la formación del vocabulario emocional, en cuanto el contexto es restrictivo y humillante, se bloquea cualquier intento de expresión.

Las personas con TEP suelen ver de forma retrospectiva a sus padres como poco cálidos, indiferentes, autoritarios, poco afectivos, sobreprotectores, controladores y coercitivos (Caballo, 2004a).

Los estilos de crianza centrados en la preocupación excesiva por la evaluación social, la sobreprotección y la crítica constante, parecen tener relación con los trastornos de ansiedad (Herbert, 2007), en palabras de Caballo et al. (2004a):

> Así, si los padres intentan exponer al niño con temor a situaciones sociales, es más probable que se produzca una atenuación de esa inhibición, mientras que si los padres responden con la sobreprotección harán que se mantengan los comportamientos de inhibición. No solamente la sobreprotección favorece el mantenimiento de los temores. El modelado, por parte de padres que son también temerosos, constituye un segundo mecanismo por medio del cual el rasgo temperamental de la inhibición conductual puede ser mantenido y amplificado a lo largo del desarrollo del niño, para acabar manifestando en la adolescencia un TPE.

Lo biológico y los aspectos familiares son factores importantes, pero no determinantes, muchas otras experiencias pueden transformarse en vivencias que favorezcan la restricción de la autenticidad de la persona y la transformación en un modo de ser evitativo, pues como dice Procacci & Popolo (2008):

> La ausencia de afecto parental complica la construcción de un vocabulario afectivo propio, en un contexto constrictivo y humillante que congela las posibilidades expresivas. Sin embargo, no todas las narrativas siguen esta trama. Algunos de nuestros pacientes, por ejemplo, evocaban como evento traumático, precisamente la salida de un ambiente familiar cálido y cuidador y la confrontación con un mundo de compañeros agresivo y enjuiciador.

De igual forma, aspectos como, pocos logros deportivos en la adolescencia, debido a la ansiedad social o dificultades motrices que generan miedo al fracaso pueden colaborar interactivamente en la aparición de la evitación (Kristensen & Torgersen, 2007); experiencias sociales traumáticas asociadas a la burla o al error (Caballo et al, 2004a) y aspectos como la clase social, pueden generar contextos facilitadores, pues asi como suele verse más narcisismo en las clases altas, los patrones de retirada pueden ser característicos en las clases bajas (Millon & Grossman, 2007a); de igual forma, la falta de oportunidades para interactuar con otros niños, las restricciones sociales y los déficits de exposiciones sociales pueden aportar en el bajo desarrollo de habilidades sociales (Caballo, 2004a).

La interacción entre lo biológico y los demás factores juega un papel central al momento de comprender este modo de ser, pues las relaciones son de doble vía, ya que un temperamento inhibido, de seguro hace emerger en sus cuidadores un estilo parental menos efectivo y sobreprotector (Alden et al, 2002), de igual forma, diferentes eventos externos pueden facilitar el desarrollo de las disposiciones innatas.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

En cuanto al género parece presentarse en iguales proporciones en hombres y en mujeres (APA, 2000, Alden, Mellings & Rydero, 2004), aunque en población general no clínica, podría ser algo mayor en mujeres (Caballo et. al., 2004a). Algunos rasgos del TEP pueden detectarse temperamentalmente desde la primera infancia, sin embargo, los primeros síntomas aparecerán en la adolescencia, en donde se dará mayor exigencia en el uso de habilidades sociales y la autoconciencia (Caballo, 2004a) y se cristalizará el trastorno en la etapa adulta (Alden, Mellings & Rydero, 2004).

EL MIEDO DE EXISTIR

Ex–sistir (salir de si) es demasiado riesgoso para este modo de ser. La dialéctica intimidad-otredad en la que nos movemos los seres humanos, está claramente definida en este trastorno: permanecen en la intimidad, no conocen la otredad más que por una visión sesgada fruto de la inmanencia, no salen de si, ni autotrascienden, pues se escondieron en su interior para sobrevivir y al no acceder al otro, se vuelcan sobre sí mismos dedicando todo su esfuerzo a buscar dentro de si lo que les falta, es decir, buscando la otredad; lamentablemente este esfuerzo fracasa pues la doble trascendentalidad de la persona humana, hacia los otros y hacia sí mismo (Frankl, 1994d) se encuentra restringida generando recalentamiento o sobrecarga de la dimensión psicológica que permanece cerrada, desarrollando un malestar que bien define Millon & Davis (2001) al decir: "Cada vez se toleran menos a sí mismos y buscan con más urgencia la liberación de su propia autoconciencia, una abnegación existencial de su individualidad". Dadas estas condiciones, la vivencia del evitador se caracteriza por:

La **pérdida de sí mismo** en la inautenticidad de permanecer cerrado al mundo; no está abierto ni en contacto con el mundo, no puede apropiarse del mundo, así es que no tiene nada propio, nada que le pertenezca, permaneciendo en la extrañeza de vivir en un mundo con el sentimiento de no-pertenencia. De esta forma, queda atrapado sin la otredad que le permite reconocerse; se pierde de si, pues sin el otro no puede reconocerse como existente. Su Dasein no puede elegirse ni conquistarse, su proyecto no es verdadero (Heidegger, 1995), como dice Vattimo (2000): "auténtico es el Dasein que se apropia de sí, es decir, que se proyecta sobre la base de su posibilidad más suya… el Dasein inauténtico es incapaz de abrirse verdaderamente a las cosas".

El **angostamiento del ser como posibilidad** en un mundo sin futuro certero, en donde surge la ansiedad como hija de todo lo venidero, lo imprevisible e inesperado (Romero, 2008), situación mejor entendida en las raíces mismas del término prevalente en este modo de ser: la angustia.

> En la Grecia de Hipócrates, encontramos una palabra emparentada etimológicamente con la angustia, y es *anjo*, verbo que en su sentido activo significa presionar, asfixiar, y en su sentido pasivo, ahogarse. De esta palabra derivan probablemente todas las otras emparentadas por la angustia. Así, por ejemplo, *anjoné* significa la cuerda que asfixia, *agón* la última lucha –de donde viene naturalmente agonía– y *agoniates*, el estar poseído por la angustia. En latín la palabra original es *angere*, que significa estrechar, oprimir, presionar la garganta, pero esto en un sentido tanto físico como moral. De *angere* deriva *angor*, que se emplea tanto en el sentido de angustia como de angina. Angustia también está emparentada con otra palabra latina, *angustus*, que significa estrecho, angosto (Dorr, 1998).

La angustia es la estrechez del ser como posibilidad, la presión que ejerce sobre sí mismo para estrecharse y compactarse para evitar sentir que puede ser dañado.

La **huida del mundo emocional** en donde la tolerancia al malestar se encuentra seriamente disminuida, pero no sólo ante las llamadas emociones negativas, en general, es una utópica lucha por la homeóstasis emocional, en donde cualquier emoción debe ser evadida. La evitación de emociones negativas es un rasgo común a todos los seres humanos y en especial en los trastornos de la personalidad; sin embargo, el TEP se distingue de los demás por la evitación de las emociones positivas, en este modo de ser se evitan cognitiva y comportamentalmente todas las emociones con independencia de su valor, se mantienen creencias negativas acerca de la experimentación de lo emocional y se es dominado por los miedos sociales a expresar emociones (Taylor, Laposa y Alden, 2004).

La **búsqueda de la certeza interpersonal** en donde aspiran a obtener la seguridad absoluta de que pueden ser queridos y jamás avergonzados y humillados, para poder así relacionarse (Millon & Grossmann, 2007), generan grandes diálogos internos acerca de todas las posibilidades de riesgo que pueden presentarse, para concluir finalmente que el peligro es muy alto, conclusión que al mismo tiempo es difícil de aceptar y que requiere de una buena "excusa" ("éste no es el momento indicado", "es muy molesto ser interrumpido cuando se está ocupado", etc.) para hacer más aceptable y menos frustrante la situación.

El **cuerpo como armadura** que protege de la anticipación sesgada de un daño por venir. El cuerpo es estrechado, compactado, tensionado y endurecido para no permitir el ingreso de cualquier posibilidad amenazante; miradas, palabras, contactos físicos y hasta el aire que se respira están vedados en su ingreso al espacio íntimo del cuerpo. La falta de respiración lenta y profunda deja entrever una corporalidad que aunque pareciera funcionar como armadura, no puede tampoco hacerse propia, pues somos dueños del cuerpo cuando somos capaces de llenarlo con nuestra

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

respiración. La persona intenta cuidar con su organismo psicofísico algo que tan solo pre-reflexivamente puede intuir como valioso en su intimidad. La evitación del daño es alta (Alden, Laposa, Taylor & Ryder, 2002, Taylor, Laposa & Alden, 2004), tal vez tan grande como la dignidad que intentan proteger. Su apariencia es fría, tensa y ocasionalmente tosca, sutilmente como un animal que intenta persuadir a su depredador del ataque, aunque en casos más restringidos su rostro no puede ocultar la tez pálida y angustiada, con ojos y mirada hiperalerta, cierto matiz de paranoia e intranquilidad. Su cuerpo pierde toda espontaneidad, asume poses, figuras y performance que le hagan parecer espontáneo o en menos riesgo de ser visto como vulnerable, atemorizado o aburrido. Su tono de voz reduce al máximo el volumen, entrecorta las ideas o las expresa vagamente como quien intenta no ser escuchado y así menos evaluado.

El **miedo a no ser visto en su dignidad** los empuja a la huida de contextos en donde se sienten evaluados, aunque en la medida en que el modo de ser se encuentra más restringido, la generalización de los contextos de evaluación lleva al completo aislamiento. El miedo al rechazo en las relaciones interpersonales y la asunción de que si expone el "yo real" corroborara su miedo (Beck, 2005) les hace desarrollar un sinnúmero de estrategias que los puedan proteger de la vulneración de su dignidad; se vuelven cautelosos en situaciones que no controlan e intentan anticipar las expectativas del otro o incluso leer su mente si es posible. Sin embargo, en su intimidad ansían enormemente relacionarse, pero su deseo se frustra por el terror a ser evaluados negativamente, ser criticados, burlados y menospreciados como seres humanos. La persona se encuentra sin espacio para existir y sin tiempo para vivir.

La **pérdida del propio espacio** como un lugar seguro para existir, la sensación de no poder-ser-en-el-mundo los angustia y los deja en la extrañeza de no tener un lugar, sin raíces, sin patria y siempre como inmigrantes. El sentimiento de no-pertenencia y de ser un simple espectador los revuelca en su soledad. La espacialidad es experimentada como una pérdida de familiaridad que conlleva una especie de neofobia, pues lo nuevo, lo novedoso, lo no controlable y desconocido genera gran extrañeza, y aleja de la sensación familiar de sentirse protegido y sostenido, de la sensación de poder-ser-en-el-mundo con un espacio humorado (Binswanger, 1973) cálido, tranquilo y seguro. Como dice Dorr (1995) al referirse a las fobias:

> ... al analizarlas sin una teoría previa nos damos cuenta que justamente se trata de situaciones que han pérdido su carácter familiar y al hacerlo despiertan ese sentimiento humano universal de la angustia. Lo anormal de la angustia neurótica sería no ella en sí misma, sino el hecho que en lugar de abrirle a la persona el camino hacia sus más propias posibilidades de ser y de "empuñarse a sí mismo", a través del estremecimiento existencial que produce, lo paraliza y lo limita.

La **finalización del tiempo para vivir** pues la angustia se refiere al futuro y la depresión al pasado y al estar condicionados como seres-para-la-muerte y asumir la finitud de la existencia, la vida transita en el despliegue de las posibilidades en el tiempo, asumiendo el propio pasado para invertirlo en el futuro y obtener así una continuidad temporal (Dorr, 1995). El modo de ser evitativo experimenta en la temporalidad, la angustia de su finalización como proyecto, la amenaza de dejar de ser, de disolverse en el continuum temporal que llamamos identidad, la inminencia del aniquilamiento del sí mismo en el futuro inmediato lo paraliza, pues la destrucción de su dignidad como existente parece acompañarle en su continuo anticipar situaciones de evaluación. Si bien, "es cierto que el angustiado no se muere, porque el aire no le falta realmente, pero él vive, a través de la sensación de asfixia, la inminencia de la desaparición y de la nada (Dorr, 1998)", la captación de la realidad que hace la persona es de inminente destrucción. Así como en la espacialidad existe la familiaridad o extrañeza de los lugares, las personas y el mundo en general, en la temporalidad existe la esperanza en la relación con el futuro (Dorr, 1995), la persona espera que su proyecto se de; sin embargo, en el TEP no se da ni la familiaridad con el espacio ni la esperanza con el futuro, frustrando la existencia de la persona. No sólo el futuro se restringe como posibilidad, también el pasado deja de existir, pues en la inautenticidad no hay nada propio, nada "ha sido".

> No hay nada ni nadie en el pasado a lo cual uno pueda aferrarse y donde encontrar refugio: ni la familia, ni la profesión, ni los recuerdos, ni lo hecho u omitido; nada. La nada no sólo amenaza desde adelante, sino también desde atrás (Dorr, 1998).

Ahora bien, que la vida sea limitada temporalmente es un factor constitutivo del sentido de la vida misma, pues el mismo se basa en el carácter irreversible de la existencia (Frankl, 1997), sentido que en la inautenticidad se hace lejano.

La **permanencia en el mundo de la fantasía o en la virtualidad** como un lugar en donde el espacio se experimenta como seguro y el tiempo es suficiente para vivir. Interiorizados en sus imágenes y pensamientos fantasean con situaciones que quisieran vivir, generando personajes ficticios de lo que ellos quisieran realizar, diseñan guiones en donde son conquistadores infalibles, defensores implacables de sus derechos y de los demás, superhéroes o grandes líderes con amplio reconocimiento social. Mediante su imaginación alcanzan gratificación, construyen seguridad y resuelven conflictos (Millon & Grossmann, 2007), tratando de aterrizar brevemente en el mundo virtual a través de lo tecnológico con chats, mensajes de texto o redes sociales que les dan un espacio con un poco más de protección y un tiempo que no agobia pues no existe. Esta irrealidad de la vida va en la línea de lo que dice Wamba (1997) "Si la existencia no puede ser aprehendida convenientemente, sentimos el desplazarnos de nuestro devenir histórico y la angustia surge como un vacío por no ser capaces, nosotros mismos, de reconducirnos".

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

La **incapacidad para enfrentar cualquier forma de angustia** ya que no se puede hacer suya o propia ninguna posibilidad. La angustia deriva del trinomio cuidado-libertad-responsabilidad (Romero, 2003) áreas gravemente afectadas en los trastornos de la personalidad, pero especialmente en el modo de ser evitador, pues como dice Martínez (2008) "Autenticidad es el momento en el que el Dasein confronta al ser, tal como es, abierto para la angustia; y cuando el Dasein trata de evitar esta angustia es cuando genera la inautenticidad…", situación constante en el TEP, en donde es difícil distinguir cuando la ansiedad y la tensión provienen apenas de las características de la situación o ya forman parte de la personalidad (Romero, 2008). La angustia normal proviene de situaciones reales en donde el sujeto se siente amenazado en sus objetivos y proyectos, en donde las decisiones implican el resto de la vida, afectando el destino y poniendo a prueba los valores que le dan sentido a la vida; es una angustia que puede bloquear a la persona, pero suele más bien incitar a la búsqueda de nuevas posibilidades, es creadora y alimenta la vida. Mientras que la angustia patológica se relaciona más por una estructura frágil o neurótica, procesos orgánicos enfermizos, conflictos persistentes y pobre autoconfianza debido a experiencias negativas que llevan –como en el caso del TEP– a percibir amenazas en las situaciones corrientes de la vida (Romero, 2003). Ahora bien, el trastorno de personalidad evitativo no soporta ningún tipo de angustia, ni la normal ni la patológica, y si bien:

> ... la ansiedad debería ser entendida como una experiencia que emerge y se origina, precisamente, por la posibilidad y capacidad que tienen los seres humanos de valorar, dar significado a sus acciones y tratar de afirmar o preservar aquello que consideran importante en sus vidas (De Castro & García, 2008).

Es precisamente este conocimiento existencial el que debe lograr este modo de ser, pues la angustia "es el peor sufrimiento que puede experimentar el ser humano y al mismo tiempo, según Heidegger y toda la filosofía existencial, la única experiencia que puede llevar al hombre a la autenticidad y a su plena realización (Dorr, 1998).

Después de esta mirada fenomenológica existencial al trastorno evitativo de la personalidad, corresponde introducir otras descripciones de este modo de ser, transitando por el modo de pensar, la emocionalidad, la imagen de sí y las relaciones interpersonales.

Su **forma de pensar** se caracteriza por procesos de evaluación que generan expectativas negativas acerca de los resultados de su socialización (Meyer, 2002), estos procesos cognitivos implican la evaluación negativa, catastrófica y fatalista de gestos faciales neutros y la interpretación de situaciones sociales con un sesgo que implica rechazo (Bowles, & Meyer, 2008). Según Beck (2005), a partir de interacciones con personas cercanas que criticaban y rechazaban, los niños suelen desarrollar esquemas tales como "Soy inadecuado", "Soy defectuoso", "No gusto",

"Soy diferente", "No encajo", "A la gente no le importo", "La gente me rechazará". Tienen creencias negativas acerca de la experimentación de emociones (Taylor, Laposa & Alden, (2004) considerando que son ridículas, tontas, poco importantes o de gente débil. Muestran una elevada atención de sí mismos, un procesamiento de las señales externas en las situaciones sociales disminuido y subestiman su desempeño en las relaciones sociales (Herbert, 2007).

Los sesgos cognitivos presentes con mayor frecuencia son el razonamiento de base emocional (Alden, Mellings & Rydero, 2004) y los sesgos negativos (Alden, Mellings & Rydero, 2004, Bowles, & Meyer, 2008), en cuanto al razonamiento emocional suelen basar sus conclusiones acerca de su comportamiento o el de los demás hacia ellos, a partir del malestar interno que tienen y no desde otras perspectivas basadas en un sano autodistanciamiento. Los sesgos negativos tienen que ver con la sobrevaloracion del riesgo de consecuencias sociales negativas relacionadas con su desempeño y la opinion de los demás; sesgos que retroalimentan el trastorno, pues como dice Millon (2001):

> Los evitadores rastrean constantemente su entorno en busca de señales de peligro. Sensibles a los sentimientos e intenciones más sutiles de los demás, son observadores muy agudos que aprecian cualquier movimiento y expresión en las personas que les rodean. Estos instrumentos tan sumamente sensibles captan y amplifican cualquier accion casual y la interpretan como una señal de escarnio y rechazo.

Su forma de interpretarse a sí mismos, al mundo y a los demás les genera reglas de funcionamiento en donde "deben actuar de forma natural para que no se den cuenta de sus miedos", "deben ocultarse puesto que si los llegan a conocer bien, se darán cuenta que no son valiosos o que son inferiores", descartando cualquier informacion de otros que reconozca su valía, pues esto es interpretado como "lo dice para que me sienta mejor", "logre engañarlo, no me conoce bien", paradojas del funcionamiento de este modo de ser, en donde queda atrapado y sin posibilidad de verse diferente, situación que podría explicar por qué a pesar de la experiencia constante de ansiedad, la misma no se extingue (Herbert, 2007).

El estilo cognitivo les permite "cambiarse el tema a sí mismos", es decir, la evitación cognitiva de los contenidos inaceptables, les brinda esta caracteristica que en ocasiones los hace sentir vagos y un poco incoherentes mentalmente; utilizan como estrategia la interferencia cognitiva como una forma de defensa (Millon & Davis, 2001). Suelen desbordarse internamente en detalles ambientales poco importantes, su cabeza no para de pensar en las intenciones de los demás preocupados por la crítica, el rechazo social, parecer sumisos, torpes o incompetentes; devaluan sus logros y exageran los riesgos de actividades nuevas (Caballo et al. 2004).

Desde la psicoterapia metacognitiva se establecen los estados mentales por donde atraviesa este modo de ser (Procacci, M. Popolo, R. 2008):

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

1. **Estado de extrañeza**. En donde la persona experimenta el mundo metafóricamente como dentro de un bunker de cristal o con un muro entre él y los demás, se siente extraño en un lugar en donde intenta participar pero no lo hace; se experimenta a una distancia lejana de los demás.

2. **Estado de exclusión**. Es el estado típico en donde prevalece el temor al juicio negativo y la baja autoestima que generan vergüenza e incomodidad, aumentando la distancia interpersonal.

3. **Estado de miedo y amenaza.** En donde al enfrentar, especialmente situaciones nuevas, surge el miedo y se siente intimidado ante la mirada de los demás en donde percibe una amenaza, un reproche o una intención maligna.

4. **Estado de rechazo**. En donde la persona se percibe humillada, rechazada y con mala evaluación, al no poder acceder a la mente del otro, interpreta las señales interpersonales como burla y confirma sus teorías como una profecía autocumplida.

5. **Estado de injusticia sufrida**. Que se presenta en las pocas relaciones cercanas que posee en donde tiene una especie de "jaula dorada", pues es bueno tener estas relaciones pero las mismas lo limitan en su expresión, manifestando silenciosamente su rabia o utilizando estrategias que lo alejen de dichos estímulos ambientales.

6. **Estado de desquite narcisista**. Se caracteriza por una especie de autoexaltación con indiferencia y desdén del juicio ajeno, se siente por primera vez dueño de la situación y experimenta el deseo de "desquitarse" de la vida que llevaba; a pesar de ello, los sentimientos de no-pertenencia, de ser diferente y de distancia permanecen. Este estado suele presentarse en fases avanzadas del tratamiento o del cambio.

7. **Estado de gratificación solitaria**. Huyendo del malestar busca formas de gratificación teniendo pequeños espacios solitarios donde complacerse.

En cuanto a su **emocionalidad** es de carácter ansioso y asustadizo, pensar que se vive en un mundo en donde se puede ser aniquilado en su dignidad o empujado al vacío de la inexistencia aterrorizaría hasta el más valiente. Las heridas de la invalidación, la burla y la humillación dejan cicatrices que permanecen en carne viva durante gran parte de la vida, pues por la misma forma de sobrevivencia aprendida, la sanación de estas lesiones es "evadida o evitada". El temperamento ansioso y la vulnerabilidad psicológica restringen a la persona presionándola a permanecer en

el polo de la tensión y la ansiedad, transitando por niveles que desde un punto de vista existencial se pueden clasificar en tres (Romero, 2003, 2008):

– La **aprehensión**. Comprendida como un temor o leve inquietud. La persona se siente presionada y aprisionada en una situación amenazante. Se siente leve tensión haciendo referencia a un objeto externo que intranquiliza.

– La **ansiedad**. Comprendida como temor ante una amenaza posible, surge fruto de una valoración de la persona que siente en riesgo un valor propio (su proyecto vital, su autoestima…), la amenaza se vive como un sentimiento de impotencia ante algo que lo dejará en situación de humillación, desprotección, descrédito o menosprecio. Se experimenta como tensión e intranquilidad motora, hipersensibilización a lo que le preocupa, disminución de la concentración, aumento de la reactividad fisiológica con posible irritabilidad.

– La **angustia**. Comprendida como ansiedad general que debilita las defensas de la persona, llevándola incluso al desamparo y a un estado de zozobra existencial que la mantiene agitada emocionalmente, presionándola a distensionarse de alguna manera. La persona se debate entre la depresión y la angustia, se cuestiona el sentido de la vida, la sensación de muerte empieza a rondar y el catastrofismo se apodera de la mente. Se alteran las funciones vegetativas (hambre, sueño, sexo), la tensión muscular aumenta, el sueño no repara, se hace muy difícil la concentración y el cansancio reina.

En el TEP se transita por los estados de ánimo ansiosos, permaneciendo en este eje de tensión, acompañado crónicamente de otros estados de ánimo negativos como la **rabia** y la **tristeza** (Meyer, 2002, Millon & Grossmann, 2007). El **miedo** como una forma particular de ansiedad, hace parte de la experiencia constante de este modo de ser; si bien, el miedo es una forma de ansiedad, vale la pena diferenciarlo al contemplar este último como un temor a algo objetivo y conocido, inmediato y concreto (Wamba, 1997, Romero, 2008), mientras la angustia fruto de lo subjetivo y desconocido, lo meramente posible (Wamba, 1997, Romero, 2008), las dos sensaciones ansiosas se mezclan en el TEP; por un lado, interpretan que serán tratados como fueron tratados alguna vez (Beck, 2005) y por otro lado, la simple preocupación por lo desconocido los agobia, pues "algo inesperado y embarazoso puede ocurrir" (Cia, 2004).

Las personas con este modo de ser poseen gran sensibilidad a los insultos, la crítica y el rechazo en general (Caballo et al. 2004a), son propensos a sentimientos profundos de **tristeza, vacío y soledad** (Millon & Grossmann, 2007), "presentan un básico desencuentro con ellos mismos, que se manifiesta por el predominio de sentimientos negativos referentes a ellos mismos: sentimiento de vergüenza, de culpa,

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de desvalorización, de inferioridad, de inadecuación (Romero, 2008)". Son muy susceptibles a lo que implique dolor físico o psicológico (Caballo et al. 2004) pues es posible que puedan experimentar estímulos aversivos más intensos y frecuentes, dada su configuración biológica (Millon & Grossmann, 2007).

En el TEP, la persona vive una experiencia de no-compartimiento y no-pertenencia con sentimiento de desapego en las relaciones y de exclusión de los grupos, que permite definir este problema de la personalidad como un trastorno de la intimidad que genera un sentimiento de exclusión (Procacci, M. Popolo,R. 2008). Esta frustración para relacionarse los lleva a experimentar sentimientos de **despersonalización** (Caballo, 2004). En sí, viven la emocionalidad del neuroticismo al experimentar muchas emociones negativas, susceptibilidad al estrés, evaluación negativa del ambiente y afrontamiento inadecuado (Meyer, 2002), los evitadores tienen un tono **melancólico** y de **embotamiento** afectivo crónico (Millon & Davis, 2001).

Al no poder encontrarse existencialmente con el otro, al no lograr acceder a una relación yo-tu, la existencia se frustra y se experimenta la sensación de **vacío existencial** (Frankl, 1994c, 1997), situación que acompaña la **angustia existencial** de enfrentar la posible "nada", pues el sentimiento de vacío se experimenta como sensación de desencuentro consigo mismo y el propio proyecto, la persona dice "no me hallo", "no me encuentro", "me desconozco" (Martínez, 2009d); sin embargo, el oscurecimiento del sentido de la vida puede indicar una etapa de transición que invita a la persona a reorientar su vida, por ello, a pesar de este tipo de emocionalidad con prevalencia de la ansiedad, ya se ha comentado que es precisamente la angustia la que conlleva el tránsito hacia una existencia auténtica, motivo por el cual:

> ... la experiencia de ansiedad no siempre será negativa o sintomática, sino que dependiendo de la vivencia y valoración de la misma ansiedad, de la experiencia en general, de la situación en que se encuentre el individuo y de los valores con los que se identifique la persona, la ansiedad puede llegar a ser una experiencia gratificante y estimulante en el crecimiento y desarrollo personal. Esta situación hace que sea imposible evitar la experiencia de ansiedad, y es necesario aprender a vivir con ella para utilizarla en beneficio propio (De Castro & García, 2008).

La **imagen de sí mismos** se caracteriza por una visión sesgada, gobernada por la dificultad para aceptarse a sí mismos, valorarse y experimentar esta sensación de valiosidad desde un punto de vista afectivo:

> ... su relación consigo mismo sigue el mismo modelo de evitación. Elude conocerse y estar cerca de sí mismo, porque su autoestima es precaria. Se autodesprecian, se consideran poca cosa, incapaces y acomplejados. Es habitual que busquen refugio en su relación con las cosas (Caponni, 1987).

La personalidad evitativa tiende a ser excesivamente introspectiva y autoconsciente (Millon & Grossmann, 2007) aunque de manera sesgada, se percibe como

diferente de los demás, extraño o raro, sensaciones que le hacen aún más difícil identificarse con otras personas, conectarse y compartir.

La autoestima está seriamente disminuida en este modo de ser, se ve a sí mismo como poco atractivo e inferior a los demás (Cia, 2004), creyendo que no pueden gustarle a nadie (Beck, 2005), se creen vulnerables al desprecio, el rechazo y las criticas, así como torpes, poco interesantes, incompetentes e ineptos socialmente (Caballo et al, 2004), como dice Alden et al (2004):

> Subyaciendo a los sesgos de la evaluación y al razonamiento emocional, los pacientes con TPE a menudo tienen un conjunto de preocupaciones más profundas que se centran alrededor del sentido de sí mismo. Las más destacadas de ellas son: a) la creencia de que la ansiedad es indicativa de una deficiencia del carácter, b) una sensación de inseguridad de la propia identidad, y c) ausencia de la autovalía.

Así como en el punto de la emocionalidad se definió el TEP como trastorno de la intimidad, en cuanto a la imagen de sí mismos, habría que definirlo como trastorno de la autoestima, en donde la persona no puede vivenciarse a sí misma como valiosa y no ve que su existencia sea buena para sí, motivo por el cual tampoco cree que pueda hacer algo bueno para sí mismo, para los demás o para el mundo; sin embargo, no solo cree y experimenta la carencia de valor, pues de ser así sería alguien neutro, sino que además se percibe a sí mismo en el polo del autodesprecio. No puede ser alguien porque no vale nada.

Algunas investigaciones muestran la fuerte relación entre baja autoestima y modo de ser evitativo (Meyer, 2002, Lynum, L., Wilberg, T., Karterud, S., 2008), llegando a encontrar evidencias en donde se reporta que la autoestima es menor en el TEP que en el trastorno límite de la personalidad (Lynum, L., Wilberg, T., Karterud, S., 2008) y aunque el carácter depresivo del TEP influye en la autoestima, no es únicamente este componente el que la afecta. Es posible que gran parte de los trastornos de la personalidad tengan problemas con la autoestima, sin embargo podría hipotetizarse que en el caso del trastorno evitativo, este es su eje central.

La poca estima de este modo de ser, les hace inaceptables algunos contenidos internos, convirtiéndoles en jueces implacables de sí mismos, que no pueden verse ni sostener su mirada al interior, sin experimentar un malestar psicofísico que los presiona a evadirse de sí. Suelen tratarse mal a sí mismos por no cumplir con las expectativas que tenían, por fracasar en sus fantasías de adaptarse a lo social y en general, por no aceptar las sensaciones que se despiertan al estar en presencia de su intimidad. Es difícil verse a sí mismo con aceptación, aprecio y consideración cuando no se ha sido visto con respeto, aprecio y reconocimiento, dolor que fija las estrategias de afrontamiento que propenden por hacerse invisible, disminuyendo al máximo la probabilidad de ser violentado en su dignidad, pero al mismo tiempo de ser rescatado por el amor de los otros y por la aceptación y valoración de sí

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

mismo; al verse de forma distorsionada como alguien sin afecto y sin amor, cierra la posibilidad de generar algún placer propio (Millon & Grossmann, 2007), alguna recompensa o reconocimiento. La confianza básica de ser digno para tener un lugar en el mundo no se formó de manera adecuada.

Las **relaciones interpersonales** son el gran vacío de la personalidad evitadora, relacionarse auténticamente es un sueño o ideal para este modo de ser, pues permitirse ser-con-otros implica hacerse real y pagar el precio de la autenticidad. Debido a su hipersensibilidad al rechazo, son precisamente las relaciones interpersonales las que más activamente tienden a evitarse (Meyer, 2002), el miedo al malestar y a lo nuevo los aísla de las demás personas, generando una sería dificultad para conocer personas nuevas y un déficit para mantener la relación; en cuanto a la dificultad para conocer personas nuevas, este "romper el hielo" se torna amenazante, pues nadie quiere relacionarse con alguien con tan pobre valía, situación que impulsa a este modo de ser a esconderse para no ser visto en sus limitaciones, y si no es posible huir del encuentro, se esconderá la intimidad para mostrar una fachada rígida, una imagen irreal e impropia, como la de un hielo frío y difícil de romper; sin embargo, puede darse la suerte de encontrar personas hábiles para superar los obstáculos que el evitante pone a las relaciones o encontrarse en "un día de aquellos" no fruto de la voluntad y la intención de relacionarse, el evitante se encuentra extrañamente fuera de su bunker, atreviéndose a interactuar pero enfrentando la segunda dificultad: el déficit para mantener las relaciones, pues al poco tiempo experimenta que a pesar de haber "roto el hielo", cada vez que se va a encontrar con el otro debe reiniciar el proceso de "romper la pared".

La hipersensibilidad que lo hace esconder en un bunker de hielo lo frustra, pues en la medida que el trastorno se "cristaliza", la llave del bunker tiende a extraviarse, sin poder salir a voluntad del mismo, haciéndole perder fuerza y entrenamiento, y aumentando así la hipersensibilidad

> ... a los estímulos sociales, a los sentimientos y afectos del otro, en especial a los que encierran matices de desprecio y rechazo. Esta hipersensitividad lo hace tener una actitud expectante y ansiosa frente a los demás, y si no recibe incondicionales garantías de valoración, acogida y aprobación, los evita y se retira (Caponni, 1987).

La hipersensibilidad y las heridas del pasado generan cierta desconfianza interpersonal en donde reducen las entradas y las salidas de una comunicación auténtica, asumiendo la forma de operaciones sutiles que intentan indagar la confiabilidad del otro, su sinceridad y buenas intenciones, es decir, buscan la autenticidad del otro desde la propia inautenticidad. Estas operaciones de desconfianza se devuelven a sí mismos, pues son una traición íntima, como dice Jaspers (1958a): "Querer sustraerse a la verdadera comunicación significa renunciar a mi ser-mi-mismo; si me sustraigo a ella me traiciono a mi mismo juntamente con el otro".

Este modo de ser evita actividades que comprendan un contacto interpersonal debido a su miedo a ser desaprobado, criticado o rechazado, pues necesita la certeza de que será aprobado para atreverse a relacionarse; teme actuar de manera humillante o embarazosa, sintiéndose inadecuado en situaciones interpersonales nuevas, así es que prefiere estar en el ámbito de sus allegados próximos (Cia, 2004), a pesar de ello, desean acercarse a los otros, pero su círculo es muy pequeño y sus contextos son reducidos, disminuyendo también de esta forma las posibilidades reales. Posibilidades que en los pocos espacios existentes se agravan, pues:

> Infortunadamente, el aislamiento y el esconderse hacia dentro, resulta en consecuencia secundaria que adicionalmente componen las dificultades de los evitadores. Su obvia tensión y su actitud temerosa a menudo provocan el ridículo y el desprecio por parte de los demás. Expresiones de duda y restricciones de la ansiedad, los deja abiertos a aquellas personas que ganan satisfacción en burlarse y menospreciar a quienes no se atreven a tomar represalias. Mediante esta humillación que experimentan, no sólo confirman su desconfianza hacia los demás sino que reactiva las heridas del pasado. (Millon & Grossman, 2007).

Investigaciones desarrolladas por Rodebaugh, T., Okada, M., Turkeimer, E. (2010) encontraron –como era de esperarse– que estos rasgos estaban fuertemente asociados con inhibición social excesiva, falta de asertividad, la frialdad interpersonal y la sumisión, que junto a la introversión y el neurotiscismo (Meyer, 2002) configuran con cierta facilidad ciclos interpersonales problemáticos matizados por la dificultad para desarrollar habilidades sociales normales (Herbert, 2007). En estos ciclos interpersonales:

> El individuo construye esquemas de las relaciones interpersonales que se mantienen estables en el tiempo. En las interacciones, el paciente, a partir de determinadas creencias, necesidades, expectativas, deseos y temores, suscita en el otro unas respuestas específicas que refuerzan las creencias iniciales, empeorando la calidad de relación (Procacci, M. Popolo,R. 2008).

Según estos autores, en el modo de ser evitativo se presentan tres ciclos interpersonales problemáticos claramente identificados:

– **Ciclo extrañeza/desapego.** En donde la persona se representa como ajena a la relación, sintiéndose incómodo al sentirse diferente o fuera de lo normal. El otro guarda distancia esperando la apertura del evitador con una señal de acercamiento que no llega, pues este modo de ser está interpretando la distancia como una confirmación de su diferencia.

– **Ciclo inadecuación/rechazo.** Presente cuando este modo de ser asume que el otro lo rechazará inevitablemente al darse cuenta que no vale nada, interpre-

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

tando las señales como una confirmación de su hipótesis, aumentando de esta forma su sensación de inadecuación y de malestar, que envía un mensaje que los demás pueden considerar inadecuado.

– **Ciclo constricción/evitación.** En donde se experimenta al otro como cercano pero opresor, sintiéndose utilizado o dominado, sin tener las estrategias adecuadas para manejarlo. Se siente tratado injustamente, experimenta rabia y el deseo de huir de la posible confrontación. El otro no se siente recibido en la relación y lo hiere la actitud del evitante, en donde experimenta que tan solo le genera emociones pero ni siquiera las puede conocer.

En síntesis, las relaciones interpersonales pueden resumirse en las palabras de Millon y Grossman (2007):

> Ellos experimentan de manera dolorosa su soledad y su existencia aislada profundamente, se sienten 'fuera de lugar' y tienen un fuerte deseo reprimido de ser aceptados. A pesar de querer relacionarse y participar activamente en la vida social, temen poner su bienestar con los demás… A pesar de experimentar un alejamiento y una soledad penetrante, ellos no se atreven a exponerse al fracaso y a la humillación que anticipan. Debido a que no pueden expresar sus sentimientos de manera abierta, éstos se acumulan y son a menudo dirigidos hacia un mundo interior de fantasía e imaginación. Su necesidad de afecto y acercamiento puede manifestarse en la poesía, ser sublimado en búsquedas intelectuales o ser expresado en la sensibilidad a los detalles en las actividades artísticas.

LOS VÍNCULOS CERCANOS DE LO IMPERSONAL

Vivir con una persona evitativa es como vivir acompañadamente solo, muchos familiares experimentan el sentimiento de no ser queridos ni importantes para estas personas, pero al mismo tiempo viven la sensación de tener que cuidar y ayudar a una persona que parece no poder desenvolverse en la vida. Difícilmente logran casarse o llevar una vida de pareja, aunque por su puesto sólo en casos extremos del trastorno, se quedan solos; por lo general, "en el plano sentimental cuando consiguen una pareja, es común que sea para toda la vida (Caballo et al., 2004)", sin embargo, es probable que sean sus parejas quienes lleven la iniciativa al momento de conquistar.

Los vínculos cercanos suelen ser su principal compañía, sintiéndose ambivalentes ante su presencia, pues con algunas de estas personas pueden ser y experimentarse como auténticos, pero al mismo tiempo se sienten coartados en su libertad y muchas veces descalificados y subestimados, pues los ciclos interpersonales disfuncionales plantean relaciones en donde una forma de ser pasiva y activamente

evasiva, invita a las personas cercanas a asumir una posición activa y en ocasiones confrontadora. Las parejas de los evitadores viven una realidad desconocida para el resto del mundo, pues si bien al principio de la relación pueden experimentar cierta distancia emocional y la sensación de no ser tan importantes para su pareja, con el paso del tiempo es posible que se genere el espacio amoroso que permite la libre expresión de la intimidad.

Las personalidades evitadoras pueden complementarse con las histriónicas, aunque la sensación de escarmiento público que experimentan los evitadores al compartir escenarios con histriónicos, los pueden llegar a agobiar, similar a lo que sucede con los esquizotípicos. Una buena combinación podría darse con obsesivo-compulsivos, en la medida que ninguno de los dos esté trastornado, pues el nivel de descalificación podría ser insoportable. Con los dependientes la pasividad reinaría, pero no se correspondería totalmente a la necesidad de apoyo que cada quien necesita.

De todas formas, el problema no necesariamente implica la personalidad de la pareja sino el grado de restricción o afectación de dicha personalidad, pues si bien los diferentes rasgos interactúan entre sí, la flexibilidad, la capacidad de verse a sí mismo y regularse, de trabajar por ser mejores personas, de reconocer la mente del otro como una mente independiente a la mente propia, en una vida que aspira a realizar valores y vivir con sentido, contemplan personalidades saludables que pueden adaptarse y construir vínculos auténticos y adecuados.

CUANDO EL MIEDO RESTRINGE LA EXPRESIÓN DE LA PERSONALIDAD AUTÉNTICA

Para la psicoterapia centrada en el sentido el desarrollo y mantenimiento del modo de ser "miedoso" se debe a diversas restricciones en áreas del autodistanciamiento y de la autotrascendencia (Martínez, 2011, 2011a) frente a su estructura psicológica restrictiva de inhibición (Pukrop, Gentil, Steinbring & Steinmeyer, 2001) y adicional desregulación emocional en el caso de adolescentes (Tromp & Koot, 2008, 2009), con sus rasgos de evitación social, problemas de identidad, expresividad restringida, ansiedad, sumisión y suspicacia (Pukrop, Steinbring, Gentil, Schulte, Larstone & Livesley, 2009).

En cuanto a la dimensión del autodistanciamiento, la subdimensión de la **autocomprensión** (Martínez, 2010, 2011, 2011a) es una de las más afectadas por la restricción que padece el organismo psicofísico, generándoles dificultades para verse a sí mismos y monitorear sus procesos cognitivos y emotivos, es decir, de hacerse seguimiento y aceptar lo que sienten, incluso de permitirse ver en sí mismos elementos que les den la posibilidad de sentir algo; la evitación cognitiva borra las posibilidades autocomprensivas de verse en situación, objetivándose y asociando variables para determinar o comprender por qué sucede lo que les sucede, identifi-

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

car pensamientos automáticos y ejercer habilidades metacognitivas es muy difícil, dejándoles la sensación de tener la mente en blanco o de no estar prestándose atención.

Al no poder reconocer los estados internos, ni las dinámicas psicológicas que se presentan, la habilidad para vincular diferentes eventos mentales y emociones suele estar también seriamente afectada; como dice Procacci & Popolo, (2008):

> Los pacientes presentan dificultades más o menos graves para monitorizar ideas y emociones y para captar relaciones entre éstas y las variables comportamentales y ambientales. De esta manera el sujeto experimenta su mente como opaca. Además, los contenidos mentales más relevantes parecen ser el sentimiento de no-compartimiento y no-pertenencia.

A nivel autocomprensivo, la restricción que ejerce lo psicológico en lo noológico (autoconciencia reflexiva, núcleo sano, trascendentalidad, etc.) les hace difícil percibir asertivamente los efectos del propio comportamiento sobre otras personas (Rodebaugh, T., Okada, M., Turkeimer, E., 2010) y el impacto relacional que esto implica en las respuestas que su conducta despierta en medio de las relaciones.

> Específicamente, estos pacientes no suelen reconocer la naturaleza transaccional de la conducta interpersonal, que su comportamiento social, o más frecuentemente, la ausencia de ese comportamiento, tiene un impacto sobre los demás o que supone un "esfuerzo" de reacciones complementarias (Alden, Mellings & Rydero, 2004).

Que suelen confirmar o más bien avivar los miedos profundos de los que el evitante huye o se protege, manteniendo de esta forma los circuitos interpersonales que lo agobian. Esta dificultad para ejercer las funciones autocomprensivas hace que no logren ver con facilidad la participación en los problemas interpersonales que generan al actuar de forma distante, desconfiada, rígida y fría, interpretando en su inmanencia que dichas reacciones de las demás personas, se deben al descubrimiento por parte de ellos, de características personales que son indeseables y que les hacen ser hostiles, burlones o descalificadores; si bien, algunas personas pueden alcanzar cierta autocomprensión acerca de sus propias inhabilidades, en muchos casos los problemas no son de habilidad social sino de las interpretaciones que inhiben el despliegue de sus capacidades de relacionamiento social adecuado. Algunas personas con este modo de ser logran identificar los pensamientos y las emociones pero deciden evadirlos no manteniendo la emocionalidad en la memoria de trabajo durante el tiempo suficiente como para entender que la ha generado (Dimmaggio, Procacci, Nicolo, Popolo, Semerari, Carcione & Lysaker, 2007).

La libertad de la persona permanece en potencia pero sólo se logra ejercer de manera proporcional a la restricción del organismo psicofísico (Martínez, 2007) que ha asentado las vivencias de insuficiencia, inadecuación y menosprecio, dejando al psicoterapeuta centrado en el sentido ante la tarea de avivar factores noéticos

concretos que despierten sus potencialidades. La autocomprensión no suele estar restringida totalmente, parece ser más selectiva que restringida, pues la atención se centra solo en los aspectos negativos, preservando la capacidad para reconocer emociones como ansiedad, vergüenza y temor a la evaluación negativa (Procacci & Popolo, 2008); sin embargo, este ejercicio parcial de la capacidad autocomprensiva no se presenta realmente como expresión de la libertad, pues suele ser más un mecanismo automático para prepararse de forma adecuada para la huida, es decir, la persona empieza a hiperreflexionar sobre sí misma y sus aspectos negativos-sintomáticos, reconociéndolos para poder escapar de los mismos o actuar ambientalmente para que los estímulos cesen, la persona está cerrada y se comporta inauténticamente, perdiendo así la posibilidad de hacer propios elementos del mundo que le permitan resignificar la experiencia que vive.

Las situaciones pueden tener sentido, pero el mismo es inaccesible, pues la persona no puede verse en situación y cuando logra hacerlo, sólo lo hace desde una percepción cognitiva que excluye la percepción afectiva debido a su dificultad para experimentar su emocionalidad positiva.

Salir de estos estados de angustia y vacío no les es tan fácil, su capacidad de **autorregulación** (Martínez, 2010, 2011, 2011a) puede encontrarse limitada y aunque pareciera que la misma es alta por lograr restringir la expresión de emociones, dicha actividad no tiene un origen noológico, no se realiza en libertad sino en la reactividad de los problemas psicológicos que intentan distensionar para preservar la interioridad. La autorregulación como esa capacidad libre de regular los procesos cognitivos y emotivos, de oponerse a la necesidad subjetiva de distensionarse y permanecer cerrados en la inautenticidad, no se manifiesta con la fuerza necesaria para pagar el precio emocional de enfrentar los miedos de la persona. Enfrentar el miedo al rechazo y a la burla, o a que las vivencias de insuficiencia, inadecuación y menosprecio surjan, no es tarea sencilla para quien se ha especializado en escapar y disminuir riesgos.

La tolerancia al malestar es uno de los principales obstáculos para que la persona se abra a la autenticidad, pues cada vez que la persona huye de contextos que interpreta como evaluativos, cada vez que se distrae o se ignora a sí mismo para no experimentar ninguna emoción, cada vez que intenta superar su malestar con alcohol u otras sustancias, se hunde más en su sensación de ineficacia y vulnerabilidad ante el malestar. Su tolerancia a las emociones se hace mínima, haciéndolo más vulnerable ante la vida. En sí, entre más huye, más ganas de correr le dan.

Tolerar el malestar, aceptarlo y resignificar el miedo, implica oponerse a las estrategias de afrontamiento aprendidas. Oponerse a sí mismo si es preciso, es decir, ejercer esta capacidad de ser proactivo y no reactivo ante lo que se piensa o se siente es toda una tarea a desarrollar; aplazar o detener la necesidad de huir de contextos de evaluación, atreverse a ignorar sus excusas para evitar relacionarse y lanzarse a hacerlo, dominándose a sí mismo (Martínez, 2011a) es una de sus necesidades

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

terapéuticas. El modo de ser evitativo requiere de la aceptación radical de la experiencia emocional, venciendo la creencia de que "si se permiten sentirse disfóricos, el sentimiento los engullirá y nunca podrán recobrarse (Beck & Freeman, 2005)", esforzándose por romper la hiperreflexión sobre su incomodidad y contenerse a la tentación de encerrase dentro de sí.

La capacidad de **autoproyección** (Martínez, 2010, 2011, 2011a) está parcialmente afectada pues en la medida que la restricción es mayor, verse a sí mismo acompañado, es casi imposible, excepto en el mundo de la fantasía que permanece para poder soportar la soledad. Proyectarse a futuro con una vida social activa y disfrutando de la misma, no suele ser tan fácil con tanta desesperanza después de los múltiples fracasos interpersonales experimentados; el neuroticismo suele impedir esta función, pues como bien decía Frankl (1992), un neurótico es una persona que cambia la interpretación de sí mismo, como un poder ser diferente cada vez, por un ser siempre de la misma manera.

La autoproyección, entendida como la capacidad específicamente humana de verse a sí mismo diferente a futuro, puede aterrorizar. El futuro es el tiempo de la angustia, el por-venir implica lo que se avecina con su carga y flujo emocional, soñar es posible, pero mantener los sueños por varios minutos es demasiado riesgoso. Anticipar la posible presencia de situaciones, hechos o personas que generen bienestar o malestar es una capacidad humana (Martínez, 2006) sujeta de evitación, proyectarse puede ser presagio de frustración:

> ... como consecuencia de todo lo anterior, estas personas presentan una tendencia a transitar por circuitos cerrados y viciosos, es decir, tienen cierta incapacidad para salir de situaciones conflictivas y de dificultades, transitando por rutas que obstruyen su desarrollo correcto, aunque puedan darle una aparente seguridad provisoria (Romero, 2008).

En cuanto a la dimensión de la autotrascendencia, tal vez sea ésta una de las más afectadas, pues la misma está centrada en dos actos humanos vitales para la felicidad: el amor y el sentido de la vida (Frankl, 1994d), actos que se ven claramente frustrados a partir del nivel de restricción de la persona. En la dimensión de la autotrascendencia, la capacidad de **diferenciación** (Martínez, 2010, 2011, 2011a) funciona ambivalentemente, siendo por un lado ejercida para leer con gran maestría las reacciones gestuales y no verbales de otros –fruto de los ciclos interpersonales entablados– y por otro lado, bloqueando su manifestación al no poder reconocer las señales positivas de la interacción, la aceptación de los otros y sus mensajes de aprobación.

La diferenciación comprendida como la capacidad humana de reconocer la mente del otro como una mente independiente a la mente propia, no se ejerce libremente, la persona no puede salir de sí y encontrarse con el otro, pues mantiene una imagen distorsionada de los demás, relacionándose con dicha interpretación y

no con la persona. No es posible lograr la presencia plena (Frankl, 1994d) que se da entre seres de la misma naturaleza. Aceptar al otro como un legítimo otro, incluyendo la posibilidad de no tener que ser querido por esta persona, son tareas que deben elaborarse a través del trabajo de esta capacidad; aceptar que el otro puede disgustarse con las acciones que se realizan y no necesariamente con la persona, aceptar que no todas las personas tienen buenos días y que muchas reacciones no son temas personales, es el camino que marca el paso entre la restricción y la libertad; sin embargo, las personas con este modo de ser tienen dificultades para evaluar las reacciones de los otros y darles una sana interpretación, manteniendo expectativas de reacción positiva en todas las personas, incluso en aquellas que no tienen nada que ver con sus vidas (Beck, 2005).

La intencionalidad es ese "estar junto a" del ente espiritual, es la esencia del ente espiritual, es ser consciente de otro ente y es allí, cuando se está junto a sí mismo, el ser humano se realiza al "estar junto a" (Frankl, 1994c, 1994d), la capacidad de diferenciación es esa cualidad de hacer presencia ontológica; presencia que se frustra en este modo de ser, pues generaliza a las demás personas desde sus razonamientos emocionales que le corroboran la posible indeseabilidad de su presencia. Como dice Procacci & Popolo, (2008):

> Los evitantes tienen dificultad para distinguir entre su propio funcionamiento mental y el de los demás. Las operaciones de descentramiento fallan, y el sentimiento subjetivo de inadecuación se convierte en el contenido atribuido a la mente de los otros, en forma de juicio negativo.

Esta dificultad para diferenciar lo propio de lo ajeno, convirtiendo el razonamiento emocional en una conclusión inamovible, impide identificar los aspectos comunes con otras personas, obstaculizando el espacio seguro compartido de una relación, no hay sentimiento de pertenencia, ni espacios comunes que caracterizen la relación. La diferenciación es esa capacidad humana que permite tener un contexto propio compartido, con reglas de funcionamiento claramente definidas y contenidos espirituales –valores, intereses, sentidos– que brindan unidad, dirección y coherencia a las relaciones establecidas.

Dentro de la dimensión autotrascendente, además de la capacidad de diferenciación, se encuentra la capacidad de **afectación,** en donde la persona es capaz de resonar afectivamente ante la presencia de valores y el sentido (Martínez, 2010, 2011, 2011a). El modo de ser evitativo está cerrado al mundo, de tal forma que entrar en contacto con los valores y el sentido se hace proporcional a lo atrapada que se encuentra la persona dentro de su organismo psicofísico. La afectación se presenta más en términos psicológicos que espirituales, pues la resonancia se da más ante valoraciones que ante valores, es decir, son más necesidades de distensión del malestar que desarrollos genuinos en busca del bien que construye vida; la persona valora la paz, la tranquilidad y sosiego más por la sensación de distensión que

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

le produce huir de contextos de evaluación, que por los valores depositados en las acciones o contextos que asume. Muchas veces pueden parecer personas prudentes, reflexivas, intelectuales o espirituales pero no siempre es así, pues es posible que sean los espacios en donde puede estar, pero no necesariamente en donde se siente realizado y pleno. Vale la pena aclarar que la huida a los contextos intelectuales o espirituales suele ser común en este modo de ser, logrando en algunos casos la afectación noológica a través de valores intelectuales o sagrados que llenan la vida de sentido (Martínez, 2009d), a pesar del mundo reducido en el que les toca vivir. No quiere decir esto que los intelectuales o las personas espirituales tengan este modo de ser, ni mucho menos que la vida espiritual no sea un camino, aunque muchos "renunciantes del mundo" en realidad no renuncien y tan solo huyan, pues nadie renuncia a aquello que nunca ha hecho propio, nadie se hace auténtico sin renunciar a la inautenticidad de lo impropio.

Las personalidades evitadoras no suelen entrar en contacto con situaciones u objetos intencionales que le den sentido a sus vidas, se experimentan a sí mismos como seres inauténticos, "la dificultad de representar su estado mental y de reconocer la relación que guarda con el contexto interpersonal incrementa el sentido de ser distinto e inadecuado, restringe el mundo relacional y afectivo y merma las habilidades sociales. (Procacci, Popolo & Dimaggio, 2008)", un mundo sin vínculos es un mundo sin sentido y lleno de angustia existencial. La afectación espiritual en el modo de ser evitativo es baja, es decir, el nivel de sensibilidad hacia el mundo y el sentido es pobre, en términos de la posibilidad de dejarse tocar por los valores y el sentido, siendo baja la resonancia afectiva ante las cosas que pasan en el mundo y con las demás personas, así como ante los valores depositados allí. Se presenta cierta dificultad para la apertura hacia el mundo y el sentido, siendo difícil encontrarse con otros existencialmente (Martínez, 2011).

La tercera capacidad de la autotrascendencia, la capacidad de **entrega** (Martínez, 2010, 2011, 2011a) se ve seriamente afectada, pues se quiere acceder a un sentimiento de plenitud que también es inaceptable por un mundo interno que debe descartar las emociones –incluyendo las positivas–; el evitador quiere encontrarle sentido a su vida sin abrirse al mundo, sin correr riesgos ni pagar ningún precio. La entrega a la vivencia amorosa y a una tarea a realizar –como condiciones básicas de la existencia– se ve frustrada por la restricción que el organismo psicofísico le impone a lo espiritual; sin embargo, es precisamente la entrega la que le permite al evitador salir de su perspectiva autocentrada. Dejarse afectar por el amor o por una misión a realizar es el pre-requisito para poder movilizar esta capacidad, experiencia que es causa y consecuencia a la vez, pues por un lado, el evitador necesita percibir sentido en la vivencia amorosa o en la misión a realizar, para poder dar el salto y atreverse a abrirse al mundo; de igual forma, experimentar el amor es reestructurante del *self* y de las vivencias de insuficiencia, inadecuación y menosprecio. La entrega refleja especialmente la potencia de la persona (Martínez,

2011). Entregarse a una tarea trascendente, siendo útil e importante es sanador. Las personas con bajos niveles de entrega no tienen claridad acerca de una misión o una tarea que llene su vida de sentido, suelen tener pocos propósitos que no atraen a la persona con gran fuerza y por los que no están dispuestos a realizar esfuerzos, encontrandose algunas personas que debido a su pobre apertura hacia el mundo, presentan la sensación de no ser comprendidos por el mismo (Martínez, 2011).

La restricción de lo espiritual es ampliamente citada en la literatura logoterapéutica (Frankl, 1992, 1994a, 1994c, 1999, Lukas, 2004, Martínez, 2007, 2011a), pues estas dos potencialidades –auto distanciamiento y autotrascendencia– constituyen las características antropológicas fundamentales de la existencia humana; sin embargo, cuando la persona no se tiene a sí misma, es difícil confiar en los propios recursos, pues como dice Romero (2008): "La autoconfianza es, además de ser una forma de la fe, el sentimiento profundo de ser el agente responsable y creador de sí mismo."

ENTRE LA PRUDENCIA Y EL MIEDO A RELACIONARSE

Discernir el punto del degradé en el que se encuentra la persona entre el continuum Libertad-Restricción, no es una tarea sencilla, pues si algo caracteriza a este modo de ser, es su capacidad para hacerse invisible, pasar desapercibido, no hacerse notar y evitar cualquier forma de evaluación.

Este degradé puede transitar por diversas manifestaciones de la ansiedad, pasando por la aprehensión normal de la vida, hasta llegar a los extremos del ataque de pánico. Cia (2004) ofrece una buena descripción al decir:

> Empleando el concepto de espectro, podemos considerar que existiría un continuo de severidad que parte del temperamento inhibido infantil, pasa por la timidez, entra en la patología en forma de trastorno de ansiedad social no generalizado, transcurre por el TAS generalizado y siguiendo un continuo de severidad, comprende al trastorno de personalidad por evitación.

Las personas que se encuentran en el extremo restringido exageran los peligros en el hecho de desviarse de la rutina, entre más libre es la persona más puede hacer las cosas aunque prefieren la familiaridad de lo habitual y no la novedad; en lo patológico son muy sensibles a la crítica, no tienen amigos íntimos ni se relacionan con los demás, mientras que en el terreno libre o normal son simplemente personas prudentes y consideradas (Millon & Davis, 2001). En el extremo del trastorno no pueden abrirse al mundo social mostrándose inauténticos, mientras que la personalidad normal es silenciosa, tímida y reservada, pero auténtica.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Libertad (estilo)	Restricción (trastorno)
Prefieren trabajar o realizar actividades en solitario para evitar cierta aprehensión flotante.	No realizan actividades grupales por miedo a la crítica o el rechazo.
Temen hacer el ridículo así que tienden a prepararse muy bien para tener estas posibilidades controladas.	Les aterra hacer el ridículo y evaden cualquier situación en donde corran este riesgo.
Prefieren no enfrentar ciertas situaciones en donde puedan ser criticados o mal tratados.	Aplazan enfrentar cualquier situación, al punto de no realizarla.
Les parece mejor ser presentados con otras personas que acercarse por sí mismos y romper el hielo. Su círculo social no es tan amplio.	Para relacionarse con alguna persona tienen que estar seguros de caer bien. No tiene relaciones íntimas por temor a ser ridiculizados.
Las actividades sociales no son su fuerte. Las reuniones o los grupos le generan algo de ansiedad pero logra manejarla.	Muestra preocupación por la posibilidad de ser criticado en situaciones sociales, decidiendo no exponerse.
Se critica sus habilidades, aunque se atreve a ejecutarlas si le toca.	Le es muy difícil o casi imposible romper el hielo o iniciar nuevas relaciones.
Prefiere ser un seguidor y no un líder.	Se siente inferior que las demás personas y no propone nada que lo ubique en un lugar muy visto.
Anticipa posibles riesgos penosos o avergonzantes y los previene estratégicamente.	Fantasea constantemente como manejar situaciones o dar respuesta a eventos en donde es avergonzado o ridiculizado, encontrando la forma mágica de enfrentarlos o la manera de huir. Si hay riesgo solo huye.
La extraversión y espontaneidad no son sus principales características, pero ocasionalmente y en ciertos contextos se desinhibe.	Se especializa en disimular sus miedos y en evadir contextos en donde pueda ser evaluado. Es rígido e inauténtico.

Algunas comparaciones entre el estilo y el trastorno pueden ser útiles al momento de evaluar el nivel de restricción que posee una persona, a continuación se presenta una adaptación de estas diferencias a partir de los criterios del DSM IV:

Criterio uno
Mientras que en el trastorno se evitan los trabajos o actividades que implican contacto social, en el estilo la persona se adapta a los lugares, aunque guarda cierta distancia.
Criterio dos
En el extremo del trastorno, las personas son reacias a implicarse con la gente a menos que estén seguros que van a agradar; en el terreno del estilo la persona sufre ante el rechazo pero acepta que no siempre va a agradarle a todo el mundo.
Criterio tres
Mientras en el trastorno se reprime en las relaciones íntimas con miedo a la vergüenza o el ridículo, en el estilo no es la persona más espontánea en las relaciones, pero es capaz de compartir y alegrarse.
Criterio cuatro
En el terreno no libre de este modo de ser, la persona vive preocupada por la crítica y el rechazo, mientras que en el terreno no restringido, es sensible a ello, pero no se cohíbe.
Criterio cinco
En la restricción, la persona le huye a las relaciones nuevas, gobernado por sus sentimientos de inferioridad; por el contrario, en la libertad del rasgo, la persona es estable en sus relaciones, pero puede atreverse a innovar.
Criterio seis
La imagen de si cuando se está restringido es de ineptitud e inferioridad; mientras que la persona que se ha desplegado, tiene una imagen más objetiva.
Criterio siete
Mientras que en el trastorno, la persona evita todo lo nuevo y magnifica todos los riesgos, en el estilo prefieren lo familiar y se sienten más cómodos en lo conocido.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Caballo y et al. (2004a), citando a Oldham y Morris (1995) proponen una serie de características típicas del terreno libre de este estilo:

- Prefieren lo conocido, habitual, rutinario a los desconocido, son reticentes a establecer nuevos vínculos.
- Cuando no conocen una persona se esconden bajo una máscara de amabilidad, cortesía y distancia emocional.
- Tienen pocos amigos y se sienten muy unidos a la familia con la que establecen vínculos profundos y duraderos. La confianza en sí mismos aumenta en relaciones sólidas, duraderas y familiares.
- Manifiestan una preocupación excesiva por lo que piensen los demás sobre ellos. Necesitan aprobación de los otros para sentirse bien consigo mismos.
- Comportamiento social educado y comedido.
- Comportamiento discreto, no emiten juicios infundados sobre los demás.
- Presentan grandes ansias por el saber.
- Invierten grandes energías en explorar el terreno de la fantasía, la imaginación y la creación.
- Algunos sujetos pueden desarrollar estrategias de afrontamiento contrafóbicas, llevando a cabo comportamientos que son los que precisamente temen.

Ya se sabe que la personalidad es mucho más compleja que estas definiciones que intentan tan solo mostrar la dimensionalidad correspondiente al extremo libre del rasgo y al extremo restringido del mismo; sin embargo, la personalidad está teñida por un conjunto de rasgos magistralmente tejidos en una configuración única que hace la persona. A continuación se presentan algunas de las combinaciones prototípicas más comunes, que si bien no hablan de personas sino de prototipos teóricos, brindan una interesante reflexión para comprender la complejidad de los trastornos de la personalidad.

LAS DIVERSAS CARAS DE LA EVITACIÓN

Cuando el rasgo evitativo predomina en una persona que también tiene aportes del modo de ser **sumiso, solidario o dependiente,** se presenta pobre iniciativa y evitación fuerte de la independencia, se ven nerviosos y asustados gran parte del tiempo y pueden tener estallidos de ira ante aquellos que no los comprenden. Realmente

es difícil distinguir entre un rasgo y otro. Les es complicado utilizar estrategias activas para buscar la aprobación de los demás, tendiendo a huir y a encerrase simbióticamente en las relaciones familiares cercanas. Algunos los denominan evitadores fóbicos que ante la dificultad de acceder a relaciones íntimas, se centran en encontrar un sustituto simbólico a donde puedan desplazar sus ansiedades (Millon & Davis, 2001, Millon & Grossman, 2007).

El modo de ser evitativo que se matiza con rasgos **paranoides, desconfiados o suspicaces**, se muestra aprehensivo y alerta todo el tiempo, buscando señales ocultas acerca de personas que podrían burlarse de él o ridiculizarlo con la intención de hacerlo quedar mal, pueden ser ocasionalmente reacios y un poco agresivos, siendo denominados evitadores hipersensibles que llegan a creer "que su yo patético es el resultado de las acciones encubiertas por parte de las otras personas para "hundirles" o hacer que ellos mismos se inhiban (Millon & Davis, 2001). Viven con intenso cuidado y sospecha, asustados y nerviosos ante lo que puede pasar, siendo muy sensibles a las señales externas, malhumorados e irritables (Millon & Grossman, 2007).

La personalidad evitadora podría llegar a confundirse brevemente con una personalidad que posee algún rasgo **narcisista, creído o sobreseguro**, sin embargo, podrían parecer rasgos similares pues comparten el miedo a la descalificación y a la inferioridad, así como las fantasías de grandeza. Esta confusión suele presentarse en el estado de desquite narcisista en donde se sienten con el deseo de "recuperar el tiempo perdido" de la socialización, se sienten autoexaltados y tratan con desdén el juicio ajeno. Suele presentarse al mejorar un poco sus habilidades y posicionarse en la vida (Procacci, M. Popolo,R. 2008).

Cuando la inhibición del evitativo esta bañada por el rasgo de la personalidad **depresiva, triste o nihilista,** el autodesprecio típico de este rasgo aumenta su malestar, se encierran más en sí mismos para evitar el malestar, viviendo en el mundo de la fantasía, bloqueando las imágenes y recuerdos dolorosos, suelen abandonarse a sí mismos y tener riesgo de suicidio (Millon & Grossmann, 2007).

Como parte del espectro de la ansiedad, el modo de ser evitativo puede combinarse con el **obsesivo compulsivo, intenso o riguroso**, caracterizándose por la restricción de la expresión emocional, mostrándose frío y tenso, y con cierto narcisismo descalificador y crítico, siendo esta estrategia la utilizada por este modo de ser: descalifica acciones, lugares o personas con la argumentación que le ayuda a evitar contextos en donde podría sentir el malestar de la evaluación.

Finalmente, el evitador con características del modo de ser **pasivo agresivo**, se muestra ambivalente en sus relaciones, pasando de la idealización de sus relaciones a la sensación de constricción y pérdida de autonomía que los invita a la sutil guerra interpersonal (Millon & Davis, 2001), similar a lo experimentado en el estado de injusticia sufrida en donde manifiesta disimuladamente su rabia (Procacci, M. Popolo,R. 2008). Tienen gran discordia interna, son vacilantes, confusos y amargados (Millon & Grossman, 2007).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

LA PASIVIDAD Y LA ACTIVIDAD INCORRECTAS: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Protegerse de la vulnerabilidad y del avivamiento de vivencias de insuficiencia, menosprecio e invalidación, así como de las emociones y sentimientos desagradables que surgen al activarse las vivencias, es la tarea de las estrategias de afrontamiento que les caracterizan. Para Caponni (1997) este modo de ser "tiene una actitud de evitación de la relación tanto espacializada como de compromiso afectivo. Habitualmente le resultan incómodos el acercamiento y contacto, la comunicación en general, y la interacción afectiva tanto de orden emocional, como de sentimientos." Este modo de ser huye del peligro de ser destruido, en términos logoterapéuticos usa la pasividad y la actividad incorrectas (Frankl, 1992, 1994c, 2001, Martínez, 2007, 2009b, 2011, Lukas, 2004) como una pauta de reacción ante la amenaza de no existir –o la destrucción de la dignidad de vivir–, este modo de ser huye, no enfrenta o disminuye la probabilidad del "daño" a través de desarrollos conscientes y a veces no conscientes que se denominan pasividad incorrecta; de igual forma, ante la amenaza de no existir, algunos luchan, enfrentan o intentan aniquilar lo que los puede dañar, utilizando así la actividad incorrecta, que no es muy característica de este rasgo de personalidad, pero como ya se ha dicho, la personalidad es un complejo entramado de rasgos, por lo que es posible que algunos utilicen la actividad incorrecta o como algunos suelen llamarle: "La evitación activa"; finamente, otros, ante la imposibilidad de huir o de luchar suelen hacerse los muertos, abandonarse o entregarse al daño. En palabras de De Castro y García (2008):

> ... vale la pena hacernos directamente la pregunta ¿qué es la experiencia del no-ser? Se entiende por esta experiencia aquel aspecto trágico de la vida (que muchas veces nos empeñamos en negar) en el que se incluyen todos los peligros que amenazarán nuestro vivir, tanto en sentido psicológico (como es la posibilidad de que los valores escogidos y proyectos elegidos fracasen o no se pueden seguir afirmando en la vida diaria) como físico (como es la posibilidad de muerte física). En consecuencia, la amenaza de no-ser pondría en riesgo nuestra experiencia de sentirnos una persona plena de significación. En otras palabras, la experiencia de no-ser se refiere a la amenaza (real o posible) sobre los valores que sentimos como propios de nuestra existencia y que dan sentido a la misma.

Vale la pena dejar en claro, que no siempre la evitación se da ante la amenaza de perder la identidad, pues este modo de ser también huye de la emociones positivas (Taylor, C., Laposa, J., Alden, L. (2004), sin embargo, lo que aquí sucede, es que la evitación se da ante el malestar que produce la emocionalidad, y dejarse afectar por las emociones positivas es interpretado como de "personas débiles", situación de la que hay que escapar, pues se estaría en riesgo de ser destruido como proyecto.

La fijación de estas estrategias tiene un proceso de aprendizaje que es bien delimitado por Beck (2005) al decir:

1. El paciente toma conciencia de un sentimiento disfórico (advierta o no advierta plenamente los pensamientos que precedieron o acompañan la emoción).

2. Su tolerancia a la disforia es baja, de modo que busca hacer algo rápido para poder distraerse y sentirse mejor. Quizás interrumpa una tarea o no la inicie, aunque la tenga planeada. Puede ser que encienda la televisión, busque algo para leer, comida o un cigarrillo, que camine un poco y así sucesivamente. En síntesis, se procura una distracción para expulsar de su mente los pensamientos o sensaciones incómodos.

3. Esa pauta de evitación cognitiva y conductual, reforzada por reducción de la disforia, finalmente queda grabada y se vuelve automática.

Según Elisabeth Lukas (2004), el proceso de fijación se da de la siguiente manera:

> Un suceso casual y desagradable, mayormente traumático, crea el temor a que dicho incidente se repita en una situación parecida. Esta angustia ante la expectativa deja tan inseguro al afectado, o le hace actuar de forma tan forzada, que el suceso temido vuelve inmediatamente. Con ello ya se cierra el círculo, porque tras el retorno del suceso ("síntoma"), la angustia ante la expectativa aumenta a niveles altísimos (va creciendo hacia la "fobia") y vuelve a producir el síntoma cada vez que aparece la situación ocupada por la angustia. El afectado, preso en el círculo vicioso, piensa que solo puede salvarse evitando la situación ocupada por la angustia, pero ello lo entrega definitivamente a la neurosis de ansiedad, porque la angustia acostumbra a extenderse (a generalizarse) a ámbitos de la vida no invadidos. Cuanto más evitemos las situaciones angustiosas, menos capacidad de resistencia tendremos frente a nuestras angustias.

Este proceso de fijación de la estrategia, es una trampa, pues:

> ... aquel que trata de evitar la ansiedad, en algún grado fracasará siempre en el intento, debido a que ésta nunca se 'acabará' por el hecho de ser parte de nuestra condición humana, y los esfuerzos del individuo, en vez de hacer que dicha experiencia de ansiedad ayude a construirse como persona, lo harán extraviarse cada vez más (De Castro & García, 2008).

Dejándolo ante la imposibilidad de ampliar el mundo y encontrar respuestas diferentes a la huida.

Las estrategias de afrontamiento suelen ir más allá de las situaciones sociales (Taylor, Laposa & Alden, 2004), pues las mismas también se dan con la intención

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de evitar la novedad, distraer los pensamientos que los dejen en posiciones vulnerables y ante las emociones negativas y positivas, en sí, usan estrategias conductuales, sociales, cognitivas y emocionales (Dimmaggio, Procacci, Nicolo, Popolo, Semerari, Carcione & Lysaker, 2007).

Sus **estrategias de primer nivel** se basan especialmente en el consumo de sustancias, principalmente el alcohol (Beck, 2005, Procacci, Petrilli, & Dimaggio, 2008a), en donde encuentran una estrategia de automedicación de la ansiedad, corriendo el grave riesgo de generarse dependencia, dada la contundencia de esta estrategia para este modo de ser. Es posible que tranquilizantes como las benzodiacepinas, puedan ser utilizadas, pues a través de ellas logran controlar la ansiedad constante.

Las **estrategias de segundo nivel** suelen caracterizarse por asumir la experiencia de ansiedad de forma inadecuada, en donde:

> ... el individuo se encierra defensivamente ante las distintas posibilidades que se le presentan en la vida diaria, tratando de reducir las opciones que automáticamente generen ansiedad, sin pretender muchas veces incluso analizar los valores implicados en dicha experiencia. Como consecuencia, el proyecto de la vida de la persona se estancaría, reduciendo sus posibilidades de ser y no actualizando su potencial para confrontar constructivamente las situaciones en el momento presente (De Castro & García, 2008).

Dichas estrategias pueden ser del tipo pasivo o del tipo activo, en cuanto a las primeras se encuentran:

1. **Estrategias de excusa.** En este tipo de estrategias, la persona necesita convencerse a sí misma de una serie de razones que le permitan justificar el aplazamiento de acciones por realizar y la no exposición a situaciones sociales, pues de no convencerse a sí mismo de lo inadecuado de hacer ciertas cosas, se evidenciaría ante si su ineficacia, situación que genera el suficiente malestar como para requerir de otras estrategias, iniciando así un circuito sin fin. En este punto la persona dice cosas como "quién se habrá inventado esta actividad tonta de bailar", "qué sentido tiene hacer una actividad tan cursi", "mejor lo llamo mañana, pues no quiero ser inoportuno a esta hora", "es mejor esperar a que se dé la ocasión adecuada", "estoy demasiado cansado como para ir", "no tengo ganas en este momento".

2. **Estrategias de invisibilidad.** En este tipo de estrategias, la persona intenta pasar desapercibida, manejando un bajo perfil y evitando hacerse visible ante cualquier supuesto evaluador, para ello, prefieren ubicarse a distancia prudente, en donde no puedan ser evaluados; suelen hablar lo menos posible y cuando lo hacen utilizan un tono de voz suave, entrecortado y rápido, como quien deja

las cosas a la interpretación del otro para no sentirse plenamente responsable de lo que se dice o simplemente buscando no ser escuchado o entendido para disminuir riesgos. La invisibilidad implica concentrarse en textos, anotaciones, aparatos tecnológicos o supuestas llamadas telefónicas con tal de no compartir, aparentando encontrarse ocupado para no ser interrumpido.

3. **Estrategias de fantasía.** En ellas, la persona utiliza la imaginación para crear escenarios en donde puede realizarse sin sentirse frustrado, espacios en donde siente que tiene un lugar para ser todo aquello que en la vida cotidiana no puede. En la fantasía esperan un futuro sin angustia, en donde mágicamente pueden relacionarse con las personas y sin esfuerzo alguno consiguen generar relaciones íntimas, sexuales o de negocios. La fantasía puede llegar al extremo de generar espacios mentales que el evitador sabe que nunca se van a dar, pero le permiten sentirse mejor, por ejemplo, convertirse en un superhéroe, tener poderes especiales o habilidades que le permiten sobresalir de manera exagerada liberando un grupo de mujeres secuestradas, golpeando a varios delincuentes y ganando, etc.

4. **Estrategias de acomodación pasiva.** En las que la persona se acomoda a las circunstancias y el liderazgo de los demás, asumiendo lo que otros quieren y lo que otros dicen para evitar de esta forma la posibilidad de ser rechazado o peor aún, de ser excluido y no considerado. En la acomodación pasiva se hace lo que los otros plantean, asumiendo las metas y los planes de los demás, así como los planteamientos que exponen.

5. **Estrategias de distracción.** En este tipo de estrategias, la persona logra "no prestarse atención", aparentemente al tener la mente en blanco. Por un lado se eleva en un mundo de pensamientos desconectados, aislándose mentalmente de los demás, sin prestarle atención a lo que dicen y hacen –en el caso de vínculos cercanos–, pues en el caso de otras posibles relaciones, prefieren cambiar el tema y distraer la conversación de aquellos que pueden generar emociones, también pueden quedarse callados y pensar en otras cosas o simplemente bloquear la comunicación. La interferencia cognitiva se da en este punto, aparece ruido interno que aleja y distrae a la persona de la experiencia emocional.

En cuanto a las estrategias activas se utilizan

1. **Estrategias de evitación activa.** Al no lograr escapar sin levantar sospecha y no contar con las estrategias adecuadas para enfrentar las situaciones de amenaza, reacciona abruptamente escapando del lugar. Se marchan de las reuniones sin despedirse, salen de los lugares rápidamente y sin mirar a nadie, se esconden en

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

el baño en momentos en donde deberían compartir, huyen a su auto, al balcón o a cualquier lugar "seguro". Esta estrategia es una combinación de pasividad y actividad incorrectas.

2. **Estrategias de desquite narcisista.** En donde a la manera del modo de ser narciso, descalifican e intentan destruir a quien plantea una amenaza, aunque no siempre lo hacen directamente. Suelen hablar mal de las personas, agrediéndolas y descalificándolas. Es posible, como ya se comentó anteriormente, que en fases más avanzadas de la terapia, lleguen a hacerlo más de frente como reacción al sentimiento de exclusión (Procacci & Popolo, 2008).

ENFRENTANDO EL MIEDO: ACTIVIDAD Y PASIVIDAD CORRECTAS

La pasividad y la actividad correctas en este modo de ser se logra después de arduo trabajo, en donde a través del aumento de la autocomprensión se develan las "estrategias de excusa" ayudándoles a tomar distancia e incluso a reírse de las mismas, se descubren las "estrategias de invisibilidad, acomodación pasiva y evitación activa" y a través de la auto-regulación se generan tareas y estrategias terapéuticas que aumenten la tolerancia al malestar y la aceptación de las emociones, se organizan degradés emocionales ante la exposición y se pone en marcha el poder de oposición de la persona humana ante los mandatos del organismo psicofísico; a través de la autorregulación se trabajan los rasgos de sumisión, posicionando al consultante ante lo que le sucede. La persona logra verse a sí mismo, reconociendo y aceptando lo que siente y lo que piensa, aprendiendo a exponer estos contenidos con su terapeuta y a generar espacios graduales en donde se posiciona ante lo nuevo, lo social y lo emocional.

La persona moviliza su capacidad de autoproyección viéndose a futuro como alguien que puede relacionarse, pero aprendiendo a diferenciar entre la fantasía y la realidad, regulándose a sí mismo sin dejar que el miedo de tal expectativa lo paralice.

A través de la movilización de su capacidad de afectación y de autocomprensión, se permite experimentar y aceptar las sensaciones que le despierta la exposición, se permite reconocer y sentir sus valores, trabajando por aumentar su autoestima, dándose el permiso de resonar afectivamente, brindándole a la emocionalidad su verdadera dimensión. Se permite aceptar sus sentimientos positivos y desarrollan actividades que los fomentan. De igual forma, moviliza su capacidad de diferenciación para discernir y aprender a decodificar las señales interpersonales, descubriendo su participación en las reacciones que tienen las demás personas, su autocomprensión y su capacidad de afectación les permiten reconocer sus aspec-

tos positivos, sus valores y cualidades afirmándose ante los demás. Por otro lado, movilizan su capacidad de auto-regulación para aumentar su tolerancia al malestar surgida de la anticipación de rechazo que realizan, logrando así gobernarse para detener la constante huida y soportar el miedo de ser vistos. La autorregulación y la autocomprensión buscan aceptar las vivencias y resignificarlas, superando la sensación de inadecuación, menosprecio e insuficiencia.

De forma paralela llegan a estrategias de cuarto nivel, aceptando aquello que no se puede cambiar y encontrando sentido de vida en el cambio que se está dando, aprendiendo a disfrutar las cosas y permitiéndose la emocionalidad positiva. La persona acepta la ansiedad de la vida y la transita como una oportunidad hacia la autenticidad, como dice De Castro & García (2008):

> De esta forma, se forja la idea de que la ansiedad por sí misma no es necesariamente un síntoma de enfermedad, sino más bien una condición de nuestro propio proceso de creación, en el que debemos clarificar nuestra vivencia y valoración de nuestra experiencia para, a partir de ahí, tratar de seguir hacia adelante a pesar de los temores e inseguridades. La experiencia de ansiedad se produce entonces a partir de la apreciación de las situaciones que el individuo se dispone a crecer y a arriesgarse a tomar decisiones conscientes a pesar del posible riesgo y dolor previsto.

DIFERENCIÁNDOSE DE OTROS MODOS DE SER Y UNO QUE OTRO DIAGNÓSTICO

En el caso del modo de ser **dependiente, sumiso o solidario,** los dos tienen gran necesidad de afecto, pero el evitador duda de su obtención, mientras que el dependiente confía y se abandona en el otro (Beck, 2005, Caballo, 2004), ambos parecen ser tímidos, le temen a la crítica y al conflicto interpersonal, son inseguros, buscan ser cuidados, son reactivos, susceptibles a la amenaza, y aunque ante la autoridad suelen ser igual de sumisos, la diferencia radica en que en la dependencia no se reafirman a sí mismos por su miedo a ser abandonados, mientras que en la evitación no lo hacen por su autoimagen negativa (Leising, 2006). El dependiente busca a los demás e intenta agradarles, mientras que en la evitación se huye de los otros por miedo al rechazo, la burla o la humillación (Millon, 2001). La diferencia fundamental está en la introversión del evitativo (Meyer, 2002) y aunque los dos trastornos se caracterizan por sentimientos de incapacidad, hipersensibilidad a las críticas y necesidad de reafirmación, en el modo de ser evitativo, la preocupación es evitar la vergüenza o la humillación, mientras que en la dependencia, la preocupación es por ser atendido. (Skodol, 2007, Caballo, 2004). La imagen de si es parecida en los dos trastornos, pero se diferencian en que para el dependiente los demás son fuertes y capaces de cuidarse, mientras que el evitador los ve como críticos (Beck, 2005). En sí, mientras los evitativos tienen problemas para acercarse e iniciar rela-

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

ciones, los dependientes no tienen problema con esto (Alden, Mellings & Rydero, 2004, Alden , Laposa, Taylor & Ryder, 2002). Tal vez la principal confusión, además de la imagen de sí mismos compartida, se da porque los dos dependen en sus relaciones, pero el punto de diferenciación radica en cómo viven la separación, pues para el dependiente la misma se experimenta como gran abandono, mientras para el evitador como gran libertad (Procacci & Popolo, 2008).

En cuanto al modo de ser **aislado o esquizoide,** los dos se aíslan del mundo, pero el esquizoide tiene un aislamiento pasivo y el evitador un asilamiento activo (Millon & Davis, 2001, Cia, 2004, Caballo, 2004), es decir, los esquizoides no se interesan por el contacto social, no tienen grandes impulsos ni emociones, muy pocas expresiones afectivas y poca respuesta a los estímulos, mientras que el modo de ser evitativo es hipersensible, ansioso y huye activamente del foco de la ansiedad. Mientras el evitador tiene el deseo de relacionarse con los demás, pero huye de ello por la angustia que le generan (Caponni, 1997, Beck, 2005, Millon & Grossman, 2007), al modo de ser esquizoide simplemente no le interesa relacionarse y prefiere vivir solo (Herbert, 2007). El modo de ser esquizoide es plano cognitivamente, mientras que el evitador vive lleno de fantasías mentales. El modo esquizoide esta emocionalmente embotado (Caballo, 2004) y el modo de ser evitativo está preso de sus emociones; los individuos evitadores son inseguros interpersonalmente y los individuos esquizoides son indiferentes hacia los demás (Alden, Mellings & Rydero, 2004, Procacci & Popolo, 2008). Caponni (1997) presenta una buena sintesis para un diagnóstico diferencial diciendo:

> En su relación con los demás, y a diferencia del esquizoide, es hipersensitivo a los estímulos sociales, a los sentimientos y afectos del otro, en especial a los que encierran matices de desprecio y rechazo. Esta hipersensitividad lo hace tener una actitud expectante y ansiosa frente a los demás, y si no recibe incondicionales garantías de valoración, acogida y aprobación, los evita y se retira. A diferencia del esquizoide, este retiro no le es indiferente, sino que lo hace sentirse solo. Es visto por los demás como tímido y aprehensivo. A primera vista pudiera confundirse con el esquizoide, pero su actitud atenta hacia el medio, su expresión tensa y temerosa descartan en él la indiferencia y lejanía del esquizoide. Se confirma la diferencia cuando se logra establecer una relación más personalizada con el evitador, a través de brindarle confianza y aceptación. Situación en la que se aprecia su extrema sensibilidad y deseo de relacionarse afectivamente con el otro.

De todas formas, en la práctica, casi nunca se hace esta distensión, dada la baja prevalencia del trastorno esquizoide (Alden , Laposa, Taylor & Ryder, 2002).

La diferenciación con el **excéntrico o esquizotípico**, es bastante similar a la del modo de ser aislado o esquizoide, pues también prefiere el aislamiento social (Beck, 2005, Caballo, 2004a). La confusión con el evitador se puede dar por el hecho de compartir la ansiedad social, la constante fantasía interna, el aislamiento y la baja

autoestima; sin embargo, el modo de ser excéntrico tiene comportamientos mucho más extraños y visibles, así como ideas psicóticas (Millon & Davis, 2001; Caballo, 2004a). El modo de ser evitativo no haría cosas que llamen la atención de los demás de manera contundente como en el caso del esquizotípico.

Las diferencias con el modo de ser **desconfiado o paranoico** se ocultan porque los dos viven tensos, temen ser vistos vulnerables, no les gusta confiar en otros y ser humillados por los demás (Caballo, 2004), pero los evitadores "creen que la causa de ese desprecio es su propia inferioridad, mientras que los paranoides consideran que son los demás quienes tratan de anularles" (Millon & Davis, 2001); al igual que el paranoico, el evitador tiene una postura egocentrada, pero no atribuye malas intenciones, su sensación de desconfianza se relaciona con el temor a sentirse incómodo (Procacci & Popolo, 2008), en sí, el miedo del evitador es ser humillado y el del paranoide es ser traicionado.

Con el modo de ser **intenso u obsesivo** se comparte la tendencia a disimular el mundo emocional y mantener controlado todo aquello que los puede hacer ver vulnerables. Comparten la ansiedad de ejecución y el temor a la evaluación (Millon & Davis, 2001) motivo por el cual, el miedo al fracaso y a quedar mal ante los otros los tensiona, pero mientras el evitador huye de estas situaciones, el modo de ser intenso se prepara de forma exagerada y cree que sólo él puede hacerlo; si bien los dos modos de ser aniquilan la espontaneidad, es posible observar diferencias en la manifestación fisiognómica de los dos modos de ser, ya que el control del obsesivo suele ser más funcional, mientras que la emocionalidad del evitador lo hace ver más tenso y angustiado.

Con relación a las diferencias con la personalidad **nihilista o depresiva** las características comunes tienen que ver con que los dos modos de ser ansían tener relaciones, temen la evaluación negativa y evitan las relaciones; sin embargo, el evitador las evita por su miedo a ser descubierto en su inadecuación, mientras que el modo depresivo lo hace por creer que será decepcionado por los demás. El evitador se centra en la ansiedad y el miedo de las relaciones, el depresivo en la frustración y la irritación de las mismas (Huprich, 2005). Un buen discriminante entre los dos modos de ser, es que el depresivo suele tener una red social más amplia (Rayder, Bagby, Marshall, y Costa, 2007). En estudios desarrollados por Huprich (2005) parece que el TPE y el TPD pueden ser diferenciados porque el nivel de hostilidad y enojo es más alto en el modo de ser depresivo, y la ansiedad más alta en el modo de ser evitativo.

En relación con otros diagnósticos, la literatura es bastante extensa en la discusión concerniente a la **fobia social** (Holt, Heimberg y Hope, 1992, Tillfors, Furmark, Ekselius y Fredrikson, 2004, Herbert, 2007, Huppert, Strunk, Roth, Davidson y Foa, 2008, Cox, Pagura, Stein y Sareen, 2009, Chambless, Fydrich y Rodebaugh, 2008, Alden , Laposa, Taylor & Ryder, 2002). Para Millon y Davis (2001).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

> ... los evitadores normalmente tratan de mantener una fachada de aplomo y autocontrol que oculta la ira interna, que han heredado a partir de una historia evolutiva de burlas por sus faltas y debilidades. En cambio, la fobia social no necesita poseer el cuadro evolutivo completo que expresa el evitador. Así mismo, los evitadores desean ser queridos y aceptados, pero dudan de que puedan disfrutar de ese lujo, al menos para ellos. El fóbico social no tiene por qué padecer ese tipo de malestar".

El TEP puede coexistir con la fobia social pero el modo de ser evitativo tiene patrones más globales de comportamiento, porque incluye sentimientos de incapacidad, inferioridad e ineptitud y un miedo general a asumir riesgos y la novedad (Skodol, 2007), teniendo el TEP un malestar más generalizado, mayores niveles de ansiedad y depresión, y mayor sensibilidad interpersonal y evitación social (Holt, Heimberg y Hope, 1992); como dice Beck (2005):

> El TEP comparte algunos de los rasgos cognitivos y conductuales de la fobia social. No obstante, las personas con fobias sociales experimentan ansiedad social en algunas situaciones específicas (p. e., hablar o firmar cheques en público) mientras el que TPE implica ansiedad en la mayor parte de las situaciones sociales. En este sentido, la fobia social generalizada es muy parecida al TPE y, de hecho, cuando se diagnostica una fobia social, se debería explorar si existe también un TPE.

Diversas investigaciones parecen demostrar que la fobia social y el trastorno evitativo no son trastornos diferentes, pero al mismo tiempo no son un mismo trastorno, sino más bien un continuum de severidad patológica, en donde el TEP se encuentra en el polo de mayor gravedad (Cox, Pagura, Stein y Sareen, 2009, Alden, Mellings y Rydero, 2004, Caballo, 2004, Herbert, 2007, Tillfors, Furmark, Ekselius y Fredrikson, 2004, Huppert, Strunk, Roth, Davidson y Foa, 2008, Alden , Laposa, Taylor & Ryder, 2002). La diferencia radica en que al parecer, el fóbico social se siente inadecuado en situación de exposición, mientras que el evitante no consigue sentirse en relación (Procacci & Popolo, 2008) y presentan mayores niveles de evitación a la novedad, evitación social y evitación a emociones positivas (Huppert, Strunk, Roth, Davidson y Foa, 2008). Algunos autores consideran que la fobia social se circunscribe a miedos sociales específicos y en la fobia social generalizada de la mayoría de situaciones (Cox, Pagura, Stein y Sareen, 2009), hasta el extremo máximo del trastorno de la personalidad.

La comorbilidad entre estos trastornos suele ser bastante alta, haciendo más grave la sintomatología, pues cuando se presentan la fobia social generalizada y el TEP en una misma persona, ésta suele mostrar mayores niveles de ansiedad y depresión (Tillfors, Furmark, Ekselius y Fredrikson, 2004, Holt, Heimberg y Hope, 1992), mayor comorbilidad, más probabilidad de tenerle miedo a las situaciones en las que interactúan siendo observados (Cox, Pagura, Stein y Sareen, 2009), y habi-

lidades sociales más pobres (Chambless, Fydrich y Rodebaugh, 2008), al parecer la principal diferencia al tener estas dos condiciones:

> ... es que los primeros muestran una mayor tendencia de evitar tanto las emociones positivas como las creencias negativas acerca de las emociones. Este tipo de funcionamiento mental va mas allá de las situaciones sociales, y aunque esto es contrario a la posición del DSM IV, estos insisten en la redefinición del diagnóstico para que se tenga en cuenta la tendencia general de los pacientes con TEP de evitar las cogniciones y las emociones (Dimmaggio, Procacci, Nicolo, Popolo, Semerari, Carcione & Lysaker, 2007).

Finalmente, se presentan similitudes con diferentes trastornos de ansiedad como los ataques de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y la agorafobia, en el caso de esta última, la diferencia está en que el miedo aquí es acerca de la posibilidad de tener un ataque de pánico, mientras que en el modo de ser evitativo, el miedo es a la crítica y al rechazo social (Beck, 2005).

CUANDO LA TENSIÓN EMPIEZA A SALIR POR LOS POROS

Cuando las estrategias de afrontamiento dejan de funcionar, no son suficientes o su uso exagerado termina siendo más nefasto que aquello que intentan "evadir", la olla de presión se llena, al punto en donde son inevitables pequeñas o grandes explosiones sintomáticas, por las que generalmente es que se pide ayuda. Como explica Romero (2008):

> Cuando alcanzamos esta etapa, nuestro poder de lucha sufre continuos quiebres, pero no somos capaces de soportar tanta tensión. En este caso nos deprimimos. Entonces es posible que entremos en un ciclo de depresión-angustia, alternados. Si llegamos a perder el aliento para continuar la tentativa de aún conquistar un lugar de amparo, un nuevo punto de partida y de apoyo, entraremos en otra forma de aniquilación, bastante peor que cualquier otra forma de angustia: la depresión.

Siendo estas **fases depresivas**, la expresión del fracaso de las estrategias de afrontamiento (Procacci & Popolo, 2008). La profunda tristeza y soledad vivida puede manifestarse en episodios depresivos llenos de sensación de abatimiento e inutilidad (Millon & Davis, 2001), teniendo como agravante el factor de riesgo de la baja autoestima que se asocia fuertemente con la depresión (Lynum, Wilberg & Karterud, 2008). En síntesis, la depresión es uno de los estados de ánimo más reconocido en este modo de ser (Beck, 2005, Alden, Mellings y Rydero, 2004, Huppert, Strunk, Roth, Davidson y Foa, 2008, Alden, Laposa, Taylor & Ryder, 2002), especialmente el trastorno depresivo mayor y la distimia, aunque dichos sentimientos depresivos pueden ser difíciles de evaluar debido a la emocionalidad plana y su típico lenguaje y movimiento lento (Millon & Grossman, 2007).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Dentro de la comorbilidad, también los **trastornos de ansiedad** juegan un papel clave (Millon & Grossman, 2007), siendo la ansiedad generalizada y la fobia social los más frecuentes (Millon y Davis, 2001, Alden, Laposa, Taylor & Ryder, 2002), pero encontrando también manifestaciones del trastorno obsesivo compulsivo y los ataques de pánico (Alden, Laposa, Taylor & Ryder, 2002), siendo estos problemas uno de los motivos por los que acuden a terapia (Beck, 2005). Cuando el modo de ser evitativo presenta fobia social generalizada, los síntomas se agravan como se ha expuesto en párrafos anteriores.

Además de los problemas de depresión y ansiedad, pueden presentarse **trastornos disociativos** como una estrategia protectora a su hipersensibilidad (Millon & Davis, 2001, Millon & Grossman, 2007), presentando una perturbación de la identidad, la memoria o la conciencia (Beck, 2005), llegando en algunos casos a la esquizofrenia, descrita por Millon (2001) como un estado en donde los:

> ... evitadores mostrarán un estado de hipervigilancia y emociones disarmónicas. Desde el punto de vista cognitivo, su tendencia a distraerse del dolor y la humillación interfiriendo en su claridad cognitiva les hará parecer desorganizados, fragmentados o incoherentes. Interpersonalmente, tenderán a desarrollar ideas delirantes paranoides como defensa contra las voces parentales críticas que han ido internalizando durante la infancia. En efecto, su temor a la crítica evoluciona en ideas delirantes de persecución, según las cuales los demás van a la caza de sus faltas, maquinan para dejar al descubierto sus defectos o planifican en secreto un ataque humillante.

Los **síntomas físicos** también suelen ser frecuentes, los problemas neuromusculares, los problemas del aparato digestivo, la tensión constante y las manifestaciones fisiológicas de la ansiedad suelen reportarse (Caballo, 2004), sin que pueda encontrarse una explicación médica adecuada; estos síntomas físicos pueden emplearse como 1. Forma de enfrentar la disociación sintiendo una conexión corporal, 2. La manera de distraerse de las sensaciones internas de humillación que son inaceptables y, 3. Como estrategia de evasión de los contextos sociales (Millon & Davis, 2001). Por esta misma línea se encuentran los trastornos somatoformes (Beck, 2005), especialmente el trastorno dismórfico corporal (Alden, Laposa, Taylor & Ryder, 2002).

La **dependencia de sustancias** es uno de los factores más importantes, pues suele solapar y hacer casi imposible el trabajo terapéutico con el trastorno evitativo de la personalidad, como dice (Procacci, Petrilli y Dimaggio, 2008a):

> El dolor de no pertenecer puede verse suavizado por el alcohol y otras substancias, pero entonces se instaura la dependencia. A menudo hacemos reflexionar a los evitantes sobre la diferencia entre la "necesidad" de ingerir alcohol y el "placer" de hacerlo: con frecuencia, se identifican con la primera modalidad, solitaria, ligada a sensaciones de vacío y de tristeza, mientras que la segunda es comunicativa y un signo de pertenencia.

Entre los trastornos de la personalidad, este modo de ser tiene alta prevalencia en el consumo de drogas. Finalmente, se encuentra también cierta correlación con los trastornos alimenticios (Alden, Laposa, Taylor & Ryder, 2002).

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA: LOGRANDO ROMPER Y MANTENER EL HIELO ROTO

La relación terapéutica debe ser utilizada para movilizar los recursos personales del consultante, permitiéndole que en vivo y en directo devele lo que le sucede, manifieste su capacidad de autocomprensión y en síntesis, movilice los recursos noéticos que se plantean en la pasividad y actividad correcta (Martínez, 2007, 2011); sin embargo, el foco de este modo de ser se centra precisamente en la dificultad para relacionarse y su débil autotrascendencia, situación que plantea dos grandes dificultades, la primera tiene que ver con lo difícil que es, que estos consultantes lleguen a terapia, pues en los casos extremos, tan solo salir de la casa es todo un problema, y segundo, mantener la relación terapéutica con una persona que posee altísima sensibilidad y una baja tolerancia al malestar, implica caminar "pisando cáscaras de huevo", pues cualquier movimiento en falso, en el momento inadecuado, finalizará con la deserción del tratamiento, contando de suerte con una única ventaja: los rasgos dependientes que tiene la mayoría de estos consultantes, situación por la que las primeras sesiones son las más importantes.

Ayudar al consultante a salir de sí mismo y hacerse real, es la tarea fundamental del terapeuta, encontrarse existencialmente con el consultante en una relación yo-tu (Buber, 1998), es la condición necesaria para hacer un buen tratamiento y en general, para llevar una existencia plena.

> Para decirlo con otras palabras, la existencia humana está profundamente caracterizada por su «autotrascendencia» por ella entiendo yo el hecho antropológico fundamental que remite al hombre, por encima y más allá de sí mismo, a algo que no es él mismo, a algo o a alguien: a un sentido que el hombre cumple, o a un ser –humano también como él– con quien él se encuentra (Frankl, 1992).

Al igual que en la mayoría de trastornos de la personalidad, el motivo de consulta no suele estar directamente relacionado con la personalidad, pues la conciencia de como esta organización genera los síntomas que lo obliga a pedir ayuda, no se encuentra comúnmente en los consultantes, quienes generalmente llegarán por la depresión, los problemas somatoformes, la ansiedad, el estrés, el abuso de drogas o los síntomas físicos que están experimentando, siendo esto lo primero que hay que hacer: estabilizar a la persona sintomáticamente, aun corriendo el riesgo de perder la relación terapéutica ante las primeras mejorías; por ello, la relación terapéutica

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

debe brindar el espacio seguro suficiente como para que el consultante pueda-ser y de el salto hacia la autenticidad, pagando su angustioso precio.

En la relación terapéutica los consultantes necesitan saber que el terapeuta es diferente, deben sentirse tranquilos, aceptados incondicionalmente y sobre todo no acorralados, manteniendo una relación lo suficientemente auténtica y segura como para que pierdan el miedo a ser condenados (Millon & Davis, 2001), implicando un gran autoconocimiento y trabajo personal del terapeuta, pues es preciso que conozca los efectos potencialmente humillantes de ciertos comentarios (Bender, 2007), gesticulaciones y actitudes que pueden avivar las vivencias de insuficiencia y menosprecio, invitando al consultante a sacar sus estrategias de pasividad y actividad incorrectas, en un momento en el que no está preparado para manejar estos movimientos, ni logra identificar la manera como evade. Las primeras entrevistas son la clave del proceso, siendo la empatía un estado fundamental para la relación. Para las primeros movimientos, Caballo (2004) recomienda:

> La mejor forma de abordar los primeros momentos de la entrevista es por medio de la empatía, haciendo que comparta con el terapeuta sus sufrimientos pasados y sus actuales temores anticipatorios. Se ha de evitar la confrontación con el paciente, ya que estos individuos son muy reticentes a la interacción con gente desconocida y aquella que puede ser interpretada como crítica. Al principio suelen ser bastante retraídos y contestar con monosílabos. Para lograr que confíen en el clínico éste deberá transmitir una sensación de comprensión y protección. Si el paciente se siente aceptado y seguro, confiará o cooperará con el terapeuta, proporcionando detalles explícitos sobre sus dificultades interpersonales, relevando lo sensible que es a la crítica y a la incomprensión social. Una vez establecido el vínculo terapéutico, estos sujetos son fáciles de entrevistar.

Los momentos iniciales de la relación deben centrarse exclusivamente en generar el espacio seguro, la afirmación y comprensión de lo que le pasa al consultante, evitando los juicios, interpretaciones y confrontaciones a las que el terapeuta pueda sentirse tentado por un diagnóstico temprano; si bien, es necesario empezar a movilizar los factores noéticos concretos (Martínez, 2010, 2011), el foco inicial debe estar ubicado en pequeños movimientos de la capacidad de autocomprensión ayudándole a identificar la manera como todo lo que está viviendo le está afectando su vida y proyectando al consultante motivacionalmente (autoproyección) hacia los logros que obtendrá en el proceso terapéutico, sin evidenciar aún, todo lo que tendrá que hacer para lograrlo y mucho menos los elementos de exposición a los que tendrá que someterse. Al principio de la relación los consultantes experimentan muchos pensamientos "saboteadores" del proceso, las estrategias de afrontamiento se manifiestan pero no se sienten seguros para confesarlas, como dice Beck (2005):

> A menudo infieren críticas ("usted seguramente pensará que no hice bien el trabajo") y desaprobación ("seguramente le disgusta que yo llore así"). También descartan las

expresiones directas de la aprobación o el interés del terapeuta: "Yo le gusto sólo porque usted es un terapeuta y está entrenado para que le guste todo el mundo", "Quizás usted piense que ahora soy una persona como tiene que ser, pero si le hablara sobre mi relación con mi madre le disgustaría".

Momentos que el terapeuta debe aprovechar para ayudar al consultante a que encuentre otras situaciones en donde se le vienen este tipo de juicios, descentrando al consultante de la atribución de dificultades que empieza a hacerle a la relación terapéutica, para llevarlo a una comprensión mayor, centrada en las dificultades que tiene en las relaciones en general y no exclusivamente con el terapeuta.

En la medida que la relación se ha estabilizado, el terapeuta debe perder un poco el miedo a las rupturas momentáneas de la relación, sin perder de vista el cuidado de la misma, pues el manejo adecuado de estas rupturas, termina siendo terapéutico y altamente productivo para el proceso de cambio de la persona (Strauss, Johnson, Hayes, Newman, Brown, Barber, Laurenceau & Beck, 2006), pues abre el espacio para evidenciar las pautas de relación que se generan y también pone en marcha estrategias de tercer nivel (Martínez, 2007, 2011a) en donde aprende a resolver estos impases relacionales.

El cuidado de la relación es un eje fundamental del tratamiento, motivo por el cual, el terapeuta debe anticipar constantemente la evitación y la falta de adherencia a las propuestas terapéuticas (Alden, Mellings y Rydero, 2004), abriendo espacios para hablar del miedo o de las emociones que generan estas propuestas, planteando los temas en un clima comprensivo, libre de cualquier tono enjuiciador, y especialmente asumiendo que cuando algo anda mal en la relación terapéutica, mucho de ello es responsabilidad del terapeuta y no sólo del consultante. Tal vez el principal semáforo de la relación terapéutica es la experiencia interna del terapeuta, en ocasiones se puede sentir pérdido y desubicado, con la sensación de no poder acceder a la mente del consultante, es decir, se estrella con el bunker de cristal en el que habita la persona y experimenta lo que la mayoría de las personas que conocen al consultante sienten a veces; en otras ocasiones el terapeuta experimenta rabia e irritación, especialmente cuando ha juzgado que lo que hace o deja de hacer el consultante es totalmente su responsabilidad, como si el terapeuta no participará en la relación que se entabla. El aburrimiento y la somnolencia también pueden surgir, pues la emocionalidad plana le quita vida a la relación; es posible que todo esto presione al terapeuta quien puede cometer graves errores como descalificar al consultante por su "falta de esfuerzo para cambiar", expresar actitudes hostiles fruto de la frustración que experimenta al relacionar los progresos del consultante con su valía interna como terapeuta, ganas de acabar la sesión lo más pronto posible o simplemente cancelarla. La emocionalidad y experiencia interna del terapeuta le permiten comprender la manera como se entablan los ciclos interpersonales, dándole un material maravilloso para ayudar al consultante a comprender la expe-

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

riencia interpersonal, teniendo el cuidado de no culpabilizarlo de estos ciclos, sino más bien ayudándolo a encontrar lo que sucede interna e interpersonalmente, para que genere diferentes maneras y actitudes que despiertan en los otros formas y expresiones que refuerzan el círculo vicioso mantenedor del problema.

Cuando se presenta el ciclo de extrañamiento/diferencia que se expusó en las primeras páginas de este capítulo, el terapeuta experimenta gran agotamiento y la sensación de no poder acceder a la mente del consultante, siendo importante en este punto:

> ... aceptar el hecho de no poder ir más allá de las capacidades de comprensión del paciente, y redirigir el discurso a temas comprensibles y compartibles para ir creando un clima de sintonía interpersonal (Procacci, Pitrelli & Dimaggio, 2008a).

Aunque en algún momento es importante utilizar estas sensaciones como parte de la intervención terapéutica, hablando de lo que posiblemente generó este estado relacional. Los ciclos planteados por Procacci, Popolo & Dimaggio (2008), brindan información importante para el manejo de las dificultades de la relación terapéutica. Cuando se presenta el ciclo de la constricción/evitación el consultante se cierra de forma imprevista y se pone tenso, en este momento el terapeuta puede identificar que está intentando acorralarlo imponiéndose por la fuerza; la salida de estos ciclos disfuncionales pasa por explicitar estas situaciones como una oportunidad para reconocer lo que sucede en diferentes situaciones. Vale la pena aclarar que al principio de la relación terapéutica, los consultantes no suelen estar listos para compartir este tipo de conversaciones, pues generalmente no han desarrollado la suficiente capacidad autocomprensiva y de diferenciación como para poder hacer útil estas intervenciones, siendo necesario trabajar primero en la construcción de un espacio compartido, antes de hacer este tipo de movimiento.

En la relación terapéutica también es importante cuidarse de la sobreexigencia al consultante, pues si bien ellos no quieren defraudar al terapeuta, el no cumplimiento de las aparentes expectativas, se convierte en toda una excusa para abandonar el proceso. No debe olvidarse que la tolerancia a la frustración es mínima.

La relación terapéutica como estado e instrumento terapéutico, debe esforzarse en fases avanzadas de la terapia, en lograr evidenciar en vivo y en directo todas las dinámicas relacionales que este modo de ser plantea, trabajando en conjunto y utilizándose el terapeuta a sí mismo para introducir elementos que favorezcan el cambio. Como dice Procacci, Petrelli & Dimaggio, (2008a):

> En fases más adelantadas de la terapia, y cuando las habilidades de monitorización lo permitan, se pueden explicitar los ciclos interpersonales y conectar la actitud disfuncional en la sesión con la que aparece en las relaciones de la vida donde los evitantes muestran estrategias egosintónicas. De desapego relacional o, como en el caso del evitante adolescente, descargan responsabilidades que otros van a tener que asumir.

En tales casos, será oportuno mostrar los aspectos legítimos del juicio negativo de los otros, así como la disfuncionalidad de las estrategias de evitación.

Algunas recomendaciones adicionales para el manejo de la relación terapéutica pueden ser:

1. El humor en la relación, ayuda a desdramatizar los contenidos evidenciados; cuando el consultante aprende a reírse de sí mismo, el proceso va avanzando por buen camino. Como bien decía Víktor Frankl (1995):
   Pocas cosas hay como el humor en la existencia del hombre, que le hayan hecho tomar distancia de sus problemas. Por eso nunca perdemos la oportunidad de trabajar consciente y metódicamente en esa dirección, llevando al enfermo a enfrentar sus síntomas, en particular los temores hipocondríacos producto de la neurosis de angustia, con formulaciones que crean esta distancia por medio del humor. Permitirá al enfermo objetivar cabalmente el síntoma, más aún, toda su neurosis.

2. Cuando el terapeuta se siente caminando "sobre cáscaras de huevo", con mucho miedo de lo que va a decir, hacer o gesticular, debe utilizar esta sensación para compartirla con el consultante y hablar de cómo, entre dos personas, se puede poner el clima tenso, buscando en vivo y en directo como cambiar esa sensación.

3. Si bien la soledad del evitador lo puede llevar a pensar que su terapeuta es su único amigo, es importante recordar las palabras de Binswanger (1973):
   ... como psicoterapeuta médico nunca podré ser "solamente" el amigo ni el simpatizante del enfermo, como en el caso de las relaciones puramente existenciales, aunque nunca tampoco estaré exclusivamente consagrado a la tarea. Un buen psicoterapeuta será siempre aquel que, para utilizar una excelente expresión de Martin Buber, en ese contrapunto creado por aquella relación dialéctica, puede ver claro y trabajar profesionalmente.

4. El terapeuta debe cuidarse de no abusar de la relación terapéutica, pues debido a la dependencia de estos consultantes, así como de su dificultad para enfrentar los conflictos, puede ser fácil que el terapeuta se confunda y asuma que el consultante es "muy buena persona", motivo por el cual puede cancelarles las citas sin mucha preocupación, cambiarlas de horario o hacerlas mucho más cortas que lo normal.

5. El terapeuta debe cuidar la relación como el principal tesoro, pues "tras medio siglo de investigación psicoterapéutica aproximadamente uno de los hallazgos más sistemáticos consiste en que la calidad de la alianza terapéutica es el predictor más robusto del éxito del tratamiento" (Safran & Muran, 2005).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL MODO DE SER MIEDOSO

Las personas con este modo de ser suelen asistir a tratamiento por problemas de ansiedad, depresión, dificultades físicas, estrés u otras razones diferentes al trastorno evitativo de la personalidad, siendo función del terapeuta ayudarle a descubrir las complejas implicaciones de estos problemas con la personalidad, facilitando de esta manera que pueda adherirse a un proceso de cambio más sólido y profundo.

El abordaje terapéutico en la psicoterapia centrada en el sentido se centra –entre otras cosas–, en ampliar el margen de libertad de la persona frente a lo que le acontece, movilizando sus recursos noéticos para alcanzar el cambio, teniendo en cuenta que para el mismo, se necesitan estas facultades específicamente humanas, pues como se menciona desde otra perspectiva "Niveles más elevados de habilidades autorreflexivas y de descentramiento, junto a una relación terapéutica más estable abrirán el camino a intervenciones dirigidas a modificar los ciclos interpersonales y los esquemas que los sostienen" (Procacci, Petrilli & Dimaggio, 2008a).

Al igual que los diferentes trastornos de la personalidad, el tratamiento no pasa solamente por la regulación de los síntomas sino por la resignificación del modo de ser, situación que puede llevar dos o tres años de trabajo terapéutico.

El abordaje de este modo de ser implica:

1. Generar una relación terapéutica que facilite el proceso de cambio, utilizando la relación para aumentar el autodistanciamiento de la persona frente a sus relaciones interpersonales y problemas en general.
2. Disminuir los síntomas que se presentan como motivo de consulta.
3. Avivar los recursos noológicos y los factores noéticos concretos.
4. Cambiar las estrategias de afrontamiento por pasividades y actividades correctas.
5. Aumentar la autoestima.
6. Apropiarse de la responsabilidad de la vida para asumir un "yo evito, evitar".
7. Desarrollar habilidades sociales.
8. Ampliar la red social.
9. Encontrar sentido y experiencia de vida auténtica.
10. Prevenir la recaída.

El proceso terapéutico tiene los siguientes momentos

1. **Momento inicial.** Centrado en el establecimiento de la relación terapéutica a partir de los puntos expuestos en el capítulo general y en los párrafos anteriores, y el desarrollo de una buena evaluación que permita discernir el nivel de gravedad de la restricción de la persona, más allá de los síntomas que manifiesta. El objetivo fundamental para el clínico será el de configurar un mapa del funcionamiento de la persona, mientras de forma paralela se le brinda el apoyo y

el acompañamiento emocional que garantice la estabilización de la crisis por la que se acude a terapia. Si bien, se requiere de buen manejo de la relación terapéutica durante todo el proceso, en principio este es el foco central, sin obviar el de la regulación de síntomas.

2. **Momento inicial de autodistanciamiento (autocomprensión y autorregulación).** Establecido el sostén de la relación terapéutica debe empezarse a movilizar la capacidad de auto-regulación en términos exclusivos de alcanzar una reducción de síntomas que le permita a la persona en proceso nivelarse y aumentar la sensación de autoeficacia; sin embargo, este proceso debe ir acompañado, de forma paralela, de una movilización de la autocomprensión que le permita empezar a tejer las relaciones entre los síntomas que experimenta y la personalidad que ha construido, de tal forma que pueda aumentarse la adherencia al tratamiento. En esta etapa debe evitarse cualquier forma de confrontación, contemplando la velocidad del cambio como un proceso lento al principio, pero que acelerará en la medida que los objetivos se vayan alcanzando.
   En este punto es función del terapeuta identificar rápidamente las pautas de interacción que tiene la persona, así como las estrategias de afrontamiento que utiliza, trasmitiéndole al consultante los objetivos terapéuticos de manera estratégica, al plantearle que lo que van a buscar es que se sienta mejor, se haga más fuerte y se sienta más pleno, sin evidenciar que dentro del proceso deberá exponerse a situaciones que lo angustian, pues en este momento la persona no está preparada ni siquiera para imaginarlo. En este momento del proceso debe haber cierta directividad en cuanto a la regulación de síntomas, especialmente con la labilidad vegetativa:

   > ... porque se pueden atenuar mediante una práctica regular de deporte, alimentación sana y (en casos de extrema necesidad) medicación. Pero lo mejor es aumentar la autotrascendencia de la persona, la cual, en tanto que potencial espiritual, no se ve afectada por la patología (Lukas, 2004).

   Deben tenerse en cuenta las condiciones particulares de la persona, pues puede ser que en los casos más graves, el deporte en gimnasios, la meditación en centros espirituales o simplemente correr en los parques no sea una opción que el miedo permita asumir en este momento; debe tenerse la prudencia suficiente para no buscar nada más en esta fase y respetar la velocidad del consultante.
   En los casos más graves no se debe temer a la medicación, pues como dice Frankl (1995):

   > Demás está decir que en estos casos, en que aparecen simultáneamente sentimientos de angustia y una particular excitabilidad del sistema vegetativo (este conocido punto de conmutación entre soma y psique), a más estigmas endocrinos, también la terapia deberá moverse en diversos frentes. Por lo tanto, haremos bien en adminis-

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

trar medicación que cede el sistema vegetativo en combinación con un tratamiento psicoterapéutico.

Si se presentan –como es común– de manera combinada fobias o ataques de pánico, la intención paradójica (Frankl, 1992, 1995) puede ser una buena opción, evaluando previamente, si en el caso particular, la persona está lista para hacerlo.

3. **Momento intermedio de autodistanciamiento (autocomprensión).** Una vez la adherencia al tratamiento se ha desarrollado y los síntomas se han regulado, el terapeuta debe centrarse en aumentar la capacidad de autocomprensión del consultante, en términos de ayudarle a comprender la manera como funciona y se relaciona con los demás, pues como dice Procacci et al. (2008a): "cualquier intervención terapéutica será posible sólo cuando el paciente reconozca sus estados internos y su relación con contextos y situaciones relacionales." Para ello pueden utilizarse registros de seguimiento de las emociones y pensamientos que se dan en las diferentes situaciones en donde se presentan sensaciones poco agradables y el diálogo socrático. En este punto del proceso es importante empezar a trabajar la autocomprensión de la emocionalidad, utilizando para ello la relación terapéutica entablada y creando las tareas y las intervenciones terapéuticas que creativamente dinamicen este proceso autocomprensivo. Como bien recomienda Frankl (1995):

   En la terapia de la neurosis de angustia, o acaso de toda neurosis, esta objetivación es de importancia capital, pues la persuasión no rinde frutos mientras el enfermo no objetive la angustia dentro de sí, al punto de hablar de "la angustia" o " la neurosis", sino siga hablando de sí como de alguien que teme algo, identificándose con la angustia neurótica. Con nuestro método de formulación humorística, que naturalmente debe ir precedido de una explicación pertinente y presupone inteligencia de parte del enfermo, es posible llegar en un periodo sorprendentemente corto a un saludable distanciamiento y a la objetivación del síntoma.

   En este mismo punto y de forma paralela, hay que ayudar a la persona a que observe las diferentes dificultades que tiene: su miedo a todo lo nuevo, la intolerancia al malestar y su dificultad para relacionarse, así como todas las estrategias que utiliza para evitar la amenaza a todo aquello que haga aflorar sus vivencias de insuficiencia y menosprecio. Se hace necesario en esta fase del proceso, ayudar al consultante a reconocer sus estados mentales utilizándose el terapeuta a sí mismo, a través del reconocimiento de sus propios estados internos en medio de la terapia, como elemento dinamizador de la autocomprensión frente a lo que le suele suceder en las diferentes relaciones, asociando de esta manera su mundo emocional con lo que le sucede, pero logrando especialmente que el consultante pueda ver cómo en sus interpretaciones acerca de la mente del otro, intermedia

el avivamiento de sus temores; es decir, debe ayudársele al consultante a que develе su razonamiento emocional y:

> ... anotar los episodios en los que todas las pruebas externas sugieren que un encuentro fue notablemente bien, aunque el paciente fue crítico consigo mismo porque se sentía ansioso. Luego, después de una serie de ejemplos con ese patrón, los terapeutas pueden resaltar las tendencias generales de los pacientes para basar las evaluaciones de sí mismos en sensaciones internas de ansiedad. Se pueden presentar de forma tentativa comentarios de este tipo. Más tarde, se puede pedir a los pacientes que se observen a sí mismos en las siguientes semanas para averiguar si sus evaluaciones están basadas en razones emocionales. Finalmente, cuando los pacientes se dan cuenta de esta tendencia, se les puede animar para que utilicen estrategias de control de la ansiedad (p. ej. Respiración diafragmática) antes de los encuentros sociales para reducir la ansiedad y atender con más cuidado las reacciones de los demás, con el fin de medir con más precisión cómo discurrió el encuentro (Alden, Mellings y Rydero, 2004).

Al finalizar esta fase la persona debe estar en capacidad de describirse a sí misma en términos de la manera como percibe el mundo, a los demás y a sí mismo, y cómo se adapta al mundo personal en donde cree vivir, logrando alcanzar la claridad acerca de cómo se ha mantenido esta pauta de vivir la vida, en donde su escape constante y su forma de protegerse generan reacciones en los demás que le reconfirman su identidad.

4. **Momento intermedio de autodistanciamiento y autotrascendencia (autoproyección y diferenciación).** Una vez la relación terapéutica se ha consolidado, se hace necesario un importante trabajo motivacional que le permita a la persona mantenerse dentro del proceso; para ello, es fundamental connotar positivamente a la persona frente a los pequeños logros que va teniendo, así como realizar trabajos autoproyectivos como las cartas del futuro, los juegos de roles con polaridades de cambio (Martínez, 2009e) y las estrategias tradicionales de entrevista motivacional (Miller, 1999), las intervenciones socráticas con técnicas ingenuas (Lukas, 2006, Martínez, 2002a, 2009c), suelen generar reacciones emocionales en pro del cambio. El diagnóstico alternativo propuesto por Lukas (1983) puede ayudar en el proceso motivacional, ayudando de esta manera al consultante en el fomento de la esperanza.

   De igual forma, se debe trabajar la manera como la persona quiere verse a sí misma a futuro para emprender acciones que aumenten la autoestima. Los movimientos motivacionales y aquellos en pro de la autoestima deben permanecer a lo largo de toda la intervención terapéutica.

   En este punto se moviliza la capacidad de diferenciación para descentrar a la persona de su preocupación egocéntrica y disminuir la desconfianza interpersonal que vive, abriendo de esta forma el espacio seguro para las exposiciones que

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

se iniciarán en el siguiente momento; para ello, se le puede proponer al consultante dibujar un círculo que represente la mente de alguna persona con quien experimenta ansiedad y que investigue el tamaño que él ocupa en la mente del otro, que indague sobre sus pensamientos, emociones e intereses.

Habitualmente, cuando el paciente empieza a hacer la tarea, se da cuenta de que el otro se centra muy poco en su persona, y que seguramente no lo hace para criticarle o juzgarle: esto produce en el paciente un gran alivio. (Procacci, Popolo & Dimaggio, 2008).

5. **Momento intermedio de autodistanciamiento y autotrascendencia (auto-regulación y afectación).** Una vez la relación terapéutica se ha consolidado y la autocomprensión se ha dado, deben empezar a manejarse dos temas fundamentales, por un lado la resignificación del mundo e identidad construida, y por el otro, la autoestima. En cuanto al primero, este es el momento terapéutico centrado en enfrentar los miedos a la burla y la humillación, aumentar la tolerancia al malestar frente al mundo emocional, disminuir la tendencia escapista y trabajar constantemente en abandonar las estrategias utilizadas para no enfrentar su proceso de resignificación. En cuanto a la resignificación del mundo construido y de la identidad establecida, se utilizan dos grupos de estrategias terapéuticas principales, aquellas estrategias utilizadas en la intimidad del consultorio y las tareas terapéuticas asignadas; en cuanto al trabajo en el consultorio, el terapeuta debe utilizarse a sí mismo para ayudarle al consultante a identificar y tener un mayor dominio sobre sus vivencias, trabajando en vivo y en directo en medio de la sesión. Durante la terapia se deben hacer explícitas las estrategias de afrontamiento que utiliza la persona e intentar cortarlas amorosamente, deteniéndose y haciendo señalamientos cuando la persona utiliza estrategias de distracción (cambiar el tema, decir no entiendo… etc.) o de evitación activa (ir al baño, decir que debe marcharse… etc.) en medio de la sesión, para ello pueden generarse situaciones terapéuticas en donde la persona pueda avivar sus miedos, aprovechando ese momento para develar las estrategias y al mismo tiempo ayudarlo a que se autorregule, aumentando la tolerancia al malestar. Es importante construir un degradé del malestar ante situaciones nuevas o exposiciones sociales, de tal forma que se inicien los procesos de autorregulación de manera gradual y sin violentar al consultante, y como dice Lukas (2004): "Para ayudar al paciente a conseguir una posición tan soberana, es recomendable acompañarlo en su situación crítica". Sin embargo, vale la pena recomendar que antes de las exposiciones directas, deben realizarse ejercicios de imaginería en el consultorio, hasta que el consultante maneje este nivel y si es preciso, realizar después algún *role play* (Millon & Davis, 2001). Dentro del consultorio es importante ayudar socráticamente a la persona a identificar los pensamientos que surgen en medio de las vivencias que se están alborotando en consulta, ayudándole a que identi-

fique las creencias que tiene, las ponga en duda y además defienda posturas más sanas ante una figura de autoridad como es el terapeuta. Incluso puede ser útil trabajar las autoinstrucciones que propone Beck (2005) de la siguiente manera:

> Primero, el paciente aduce con su voz "emocional" las razones por las que no tiene que realizar el encargo, mientras el terapeuta responde (y modela) con voz "antievitación". A continuación cambian de roles, para que el paciente practique el empleo de respuestas antievitación. Finalmente, el paciente describe sus pensamientos automáticos previstos en una ficha de cartulina, y las respuestas antievitación, con sus propias palabras, al dorso. Después lee esas fichas todos los días, sobre todo antes de abordar una tarea que es probable que evite.

Desarrollar habilidades sociales es otro de los componentes fundamentales en esta parte del proceso, sin embargo, se debe empezar a posicionar al consultante con habilidades muy básicas y de "bajo riesgo", como organizar con él mismo la manera como mira una persona segura, la forma como saluda, el tono de voz que utiliza, el tipo de contacto físico que tiene y hasta como camina, invitándolo a que de manera secreta lo imite y generando otras tareas como el contacto ocular constante, la mirada en alto, el saludo fuerte y la voz con un mejor tono; todas estas actividades deben primero entrenarse en el consultorio, exigiendo primero que las cumpla ante el terapeuta. Posteriormente pueden trabajarse habilidades sociales más sofisticadas.

En cuanto a las tareas para la casa como estrategias terapéuticas de extensión de la terapia y generalización del cambio, se diseñan estrategias en donde la persona pueda enfrentar de manera gradual sus dificultades, desarrollando en principio una escalera de actividades, ubicando las acciones que más dificultad le generarían y las que menos, para empezar a desarrollar acciones que gradualmente posicionen a la persona; es decir, se desarrolla una pirámide en donde se ubiquen tareas como saludar, preguntar la hora o una dirección a un desconocido, hacer una pregunta, expresar lo que piensa y lo que siente, pedir favores y cosas que quiere, hacer críticas, cantar u otras que el consultante con su terapeuta determinen y ubiquen en orden de ejecución de menor malestar a mayor malestar.

La persona con este modo de ser debe resignificar sus vivencias de invalidación y menosprecio, logrando enfrentar precisamente lo que más teme y proponiéndole para ello tareas terapéuticas en donde pueda exponerse a estas experiencias, acompañándolo socráticamente para cambiar la visión de mundo. En síntesis, se buscan las tareas que le permitan abandonar su actividad y pasividad incorrecta pasando de esta forma de las estrategias de segundo nivel a unas de tercero (Martínez, 2007, 2009b). El nivel máximo de este trabajo se da en la exposición directa a la vergüenza, desarrollando actividades que impliquen la mayor exposición al ridículo y la pena, como por ejemplo, cantar en público, hacer cumplidos a desconocidos en la calle o acciones desconcertantes como dar

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

un discurso en un autobús. La persona debe aprender a reírse del miedo, pues como dice Lukas (2004):

> Sirviéndose del humor, el paciente se eleva por encima de sí mismo y deja de someterse a sus impulsos psicofísicos. Se siente fuerte porque demuestra valentía, "agarra el toro por los cuernos" y se encara consciente e intencionalmente a la situación ocupada por el miedo. Todo ello introduce un crecimiento interior en el paciente que nunca se conseguiría con un mero combate racional contra sus angustias. Su actitud frente a la vida se modifica por completo y se recupera una parte de la confianza original. Esta confianza original constituye la mejor protección contra cualquier desliz neurótico, dondequiera que se hallen sus raíces.

De forma paralela, la autoestima debe trabajarse en un proceso de doble vía; por un lado reforzando la autoestima con los logros que obtiene con las estrategias expuestas con anterioridad y al mismo tiempo, facilitando los anteriores logros al aumentar la autoestima. En este punto se pueden utilizar muchas estrategias, en principio el "actuar como si" puede ser de utilidad, es decir, se mantiene todo el tiempo la estrategia expuesta con anterioridad, acerca de imitar personas seguras y con alta autoestima; también es importante ayudarle a realizar autoafirmaciones positivas sobre sí mismo (Overholser, 2004, Postigo, 2009) o estructurarle frases o lemas que deba repetir contantemente, trabajar con espejos si es posible y connotar positivamente todos sus avances, pero poco a poco buscar que sea el mismo el que se los autoconnote. Pueden plantearse tareas como "descubra a X haciendo algo bueno" pidiéndole que registre 30 o 40 acciones buenas o positivas para sí mismo que desarrolle durante cada día, profundizando en las emociones positivas que esto genera y posicionándolo cada vez más frente al logro. El acompañamiento socrático debe ser constante, especialmente cuando se presentan valoraciones positivas externas o eventos que favorecen la autoestima, intentando en compañía del consultante movilizar la capacidad de afectación para que resuene afectivamente ante la evidencia de valores que las demás personas reconocen en él, utilizar las preguntas ingenuas (Martínez, 2007, 2009c) ante las invalidaciones que intentarà realizar y ayudarle a resignificar el hecho que su tendencia a huir no es simplemente cobardía, sino una estrategia que utiliza para proteger lo valioso que hay en su interior, intentando encontrar dichos valores y trabajando con este material para fomentarlo en la fase siguiente.

Hay que recordar que cuando las tareas no se desarrollan, es necesario reflexionar en torno a la situación, pues es posible que se estén planteando tareas para las que el consultante no se encuentra listo, esta situación hay que hacerla explícita con el consultante buscando una solución amorosa ante la dificultad, siendo recomendable siempre que se ponga una tarea, anticipar las posibles dificultades para su cumplimiento y ayudar al consultante a que identifique la manera

como una parte de si, intenta sabotear la actividad para no hacerla, ayudándole posteriormente –si hizo la tarea– a que identifique cuales de sus temores se hicieron realidad. De igual forma, se debe estar pendiente de no descalificar ni menospreciar los intentos del consultante, pues si bien, a veces una tarea no se desarrolla de forma completa, el foco del terapeuta debe estar centrado en lo que hizo y no en lo que dejó de hacer.

Finalmente, el sentimiento de no pertenencia y extrañeza de los vínculos surge fruto del fuerte distanciamiento en las relaciones afectivas, motivo por el cual, la resignificación del modo de ser evitativo también pasa por el fomento del componente autotrascendente del amor, aprendiendo a expresar los afectos y a desarrollar manifestaciones directas de los mismos, tanto verbal como físicamente, abrazar, tocar, posar su mano sobre el hombro y expresar verbalmente el cariño, el aprecio y el amor son puntos neurálgicos; para ello, podrían diseñarse tareas concretas, haciendo un degradé de los índices de dificultad para expresar el afecto con las personas cercanas y empezando el proceso de exposición, abrazar a sus padres, a sus hermanos, consentirlos, hacerlo en público, etc.

6. **Momento avanzado de autotrascendencia (afectación y entrega).** Una vez la persona se ha hecho más libre frente las restricciones implantadas en lo psicofísico, se hace necesario desplegar las potencialidades noológicas de la autotrascendencia iniciando con la movilización de la capacidad de afectación en doble vía, por un lado hacia los demás, generando nuevos vínculos o retomando antiguos, poniendo en práctica todo lo aprendido y monitoreando con calma la manera como se empieza a relacionar; asistir a cursos, encuentros o actividades sociales en donde pueda generar nuevos vínculos. Por otro lado, la afectación y la entrega se movilizan hacia el sentido, dejándose tocar por los verdaderos valores, resonando afectivamente ante metas realistas que configuren un nuevo proyecto de vida. El trabajo de la logoterapia específica y en especial el "entrenamiento en percepción de sentido" (Martínez, 2009c, 2009d) y el método de esclarecimiento existencial (Martínez, 2009d), pues el trabajo del vacío existencial y el sentido de vida tan ampliamente citado en la literatura logoterapéutica (Frankl, 1983, 1992, 1994a, 1994b, 1995, 2001, Lukas, 1983, 2004, Martínez, 2007, 2009c, 2009d) no da espera, construyendo un proyecto de vida a partir del descubrimiento de sentido, con clara concepción de los propios intereses y generando espacios para el fomento de emociones positivas como hobbies, reuniones sociales, deportes grupales, etc.

7. **Momento final.** El cierre del proceso terapéutico pasa por dos elementos claves: el desarrollo de la prevención de recaídas y el proceso gradual de independización de la terapia. En cuanto a la prevención de recaídas (Martínez, 2009a), deben utilizarse estrategias que le permitan a la persona identificar sus propias

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

situaciones de alto riesgo, pero especialmente las señales emocionales y conductuales que pueden surgir como semáforo de que algo no está funcionando bien, y movilizar la capacidad de autoproyección para anticipar posibles soluciones serán herramientas de trabajo vital al final del proceso. La prevención de recaídas pasa por la capacidad de anticipación del ser humano, identificando los síntomas que surgirían cuando la tendencia a evitar vuelva a tomar fuerza, previendo las estrategias que se utilizarían para retomar el proceso personal y no caer nuevamente en la evitación. De igual forma, mantener el cambio en el estilo de vida, teniendo claridad acerca de las señales que indican una regresión a pautas ya superadas y la retoma de los parámetros trazados, constituyen una consolidación del cambio. Es importante considerar que pequeños retrocesos no implican una recaída (Martínez, 2009a, Overholser, 2004) sino un desliz que invita a revisar qué se hizo y qué se debe retomar o mejorar.

La finalización de la terapia requiere por otro lado, el desprendimiento gradual del proceso terapéutico distanciando poco a poco las sesiones y dejando semiabierta la relación terapéutica, en términos de plantear al finalizar el proceso, que éste siempre será un espacio para la persona y que se realizarán algunas sesiones de supervisión de forma más espaciada. El planteamiento de la finalización de la terapia pasa por expresarle al consultante nuestros sentimientos frente a los cambios obtenidos, manifestándole nuestro orgullo (Bornestein, 1993b) y explicándole que no es necesario terminar la relación, sólo que ahora funcionará más como un asesor esporádico en caso de que surja alguna necesidad.

Recomendaciones paralelas para el proceso terapéutico

- La terapia familiar juega un papel importante en el abordaje de este modo de ser (Millon & Davis, 2001, Beck, 2005), pues las pautas familiares suelen mantener y reconfirmar constantemente la identidad construida, siendo al mismo tiempo un espacio privilegiado para realizar reestructuraciones profundas en las vivencias construidas por los vínculos significativos, así como un buen lugar para entrenarse en ciertas habilidades. La familia debe recibir psicoeducación para que pueda comprender lo que está pasando en el proceso de cambio y de esta forma no sabotee los cambios, tratando de mantener lo acostumbrado en familia.

- La terapia de pareja (Sholevar, 2007, Millon & David, 2001) se hace necesaria, pues por lo general este modo de ser consigue parejas dominantes que pueden ser un buen complemento, pero cuando el modo de ser no se mueve en el terreno libre del estilo, sino en el terreno restringido del trastorno, las dificultades pueden ser serias.

- La terapia de grupo puede ayudar bastante y ser extremadamente útil (Piper & Ogrodniczuk, 2007), y favorecer la resignificación de vivencias y el aprendizaje de nuevas alternativas de funcionamiento; sin embargo, debe iniciarse después de ciertos avances terapéuticos pues en las fases preliminares pueden ser contraproducentes, dado el nivel de ansiedad que despiertan.

- El terapeuta debe velar por terminar el hábito de la autocrítica, mostrar al paciente que el estado ideal de un mundo sin críticas externas no existe, señalar la suposición egocéntrica de creer que uno puede saber lo que los demás piensan y ayudar al consultante a comprender que es él quien hace los juicios (Caballo, 2004a).

- La terapia con este modo de ser implica una alta tolerancia a la frustración por parte del terapeuta, de tal forma que pueda respetar el ritmo de cambio del consultante, pues su progreso suele ser lento y la asistencia a terapia, cíclica.

- La prudencia debe caracterizar al terapeuta, pues aunque puedan ser muy evidentes los rasgos de personalidad del consultante, los momentos y la velocidad del proceso deben ajustarse a la persona y no al terapeuta. La confrontación solo avivará las sensaciones de insuficiencia, las tareas prematuras lo llenarán de inseguridad y sentirá que está defraudando al terapeuta, las intervenciones perseguidoras fruto de la angustia que vive el terapeuta con la evitación cognitiva constante del consultante, sólo lo obligará a utilizar estrategias más fuertes como la evitación activa. Las expectativas acerca del progreso del consultante, deben ser realistas y humildes.

- En la actualidad se están utilizando alternativas de tratamiento prometedoras como la incorporación de tecnologías de video para tener retroalimentación, tratamientos enfocados en las relaciones interpersonales e intervenciones que se centran en tratar la evitación experiencial de cogniciones y afecto (Herbert, 2007).

- Al trabajar con auto-registros, es importante no sólo que identifiquen los momentos de angustia que viven, sino también todos aquellos momentos en donde estuvieron libres de la misma. (Alden, Mellings & Rydero, 2004).

- Hay que tener cuidado con los sentimientos de lástima que despiertan los consultantes al mostrarse desamparados, la relación terapéutica no debe confundirse con una relación de amistad, pues la soledad del consultante puede hacerle creer que éste es su único espacio, convirtiendo la terapia en un fin y no en un medio para lograr cambios (Millon & Grossman, 2007).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

– El terapeuta debe cuidarse de sus rasgos obsesivos y narcisos, manejándolos de tal forma que no sea contraproducente para el consultante.

– El terapeuta debe aprovechar cada vez que la realidad le muestra señales al consultante que contradicen su interpretación del mundo, de sí mismo y de los demás, para socráticamente realizar intervenciones que posicionen al consultante o que generen disonancias para ablandar sus creencias.

– Es importante tener en cuenta que el cambio no puede evaluarse por la comprensión racional del problema, pues este modo de ser llega en un momento del proceso a tener muy buena claridad acerca de lo que le sucede; sin embargo, le sigue sucediendo de la misma manera; de tal forma que el cambio debe evaluarse más por el progreso de las acciones.

– Finalmente, se debe tener mucha paciencia y sobre todo aceptar que la responsabilidad del cambio es en parte del consultante y no sólo exclusivamente del terapeuta.

10

La trampa de la grandiosidad: el modo de ser narcisista

Muchas personas han tenido que convivir con otros seres humanos que parecen considerarse a si mismos superiores, algunos con la simple seguridad que les brindan algunas habilidades desarrolladas, pero otros realmente sobrevalorados, prepotentes, humillativos e insoportables, quienes parecen vivir en un mundo irreal en donde se consideran dioses y esperan que los demás sean sus súbditos y soporten su maltrato y descalificación.

El llamado narcisismo proviene del mito de Narciso de quien se cuenta que se enamoró de su propia imagen reflejada en un lago quedando plantado en el lugar; sin embargo, podríamos hacer algunas variaciones de esta historia y decir que Narciso, al verse reflejado en el agua del lago se sintió tan enamorado que quiso darle un beso al reflejo observado y cayó en el lago ahogándose, o bien podría realizarse otra versión del mito, en donde Narciso al ver el reflejo de su rostro y ver que había alguien más hermoso que él, y era impotente para destruirlo, no pudo soportarlo y se suicidó. Estas variaciones tienen que ver con que al fin de cuentas tanta grandiosidad se vuelve en contra de sí mismo y termina en tragedia, pues como dice Levy et al. (2007): "se enamoró de la imagen y murió cuando la imagen no lo amó como él la amaba".

Parece ser que el extremo "no libre" del modo de ser grandioso, se diagnostica más en hombres que en mujeres (Yudofsky, 2007, Caballo, 2004b) y se presenta más en grupos sociales que tienen sus necesidades básicas resueltas o en personas que pertenecen a profesiones respetadas o al mundo de la fama (Millón, 2001), y aunque esto no implica una regla, sería casi un acuerdo entre los clínicos que la mayoría de personas con estos modos de ser pertenecen a estos grupos sociales o como se diría en el mundo de la logoterapia: es el modo de ser gobernado por la voluntad de poder. Se estima que la prevalencia de este trastorno en población general está

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

entre el 1% y el 5.3% y en población clínica la prevalencia oscila entre el 1.3% y el 17%, no siendo tan clara la diferencia de género, aunque podría ser más alta en hombres (Levy, K., Reynoso, J., Wasserman, R., Clarkin, J. 2007), constituyéndose en un rasgo que suele permanecer en el tiempo, desde la adolescencia hasta la vida adulta (Crawford, T., Cohen, P., Brook, J., 2001).

Las vivencias que marcan la biografía de estas personas los hacen vivir una soledad constante que los invita a blindarse a través del engaño que evita que otros seres humanos vean a su niño interno indefenso y abandonado; suele ser común que se hayan presentado experiencias de abandono emocional por parte de sus cuidadores, mientras que simultánea y ambivalentemente se les daba trato de príncipes, y aunque no todas las personas con estas experiencias las trasforman en vivencias que los marcan, la exposición frecuente, el contexto adecuado, el modelado preciso y las decisiones tomadas por la persona en formación van configurando este modo de ser. Algunos autores consideran que estas tendencias narcisistas pueden ser heredadas y modeladas por padres que intentan compensar sus propios sentimientos de inferioridad (Beck, 2005), otros consideran que estos desarrollos se deben a la indulgencia parental y la sobrevaloración a la que son sometidos los hijos, trasmitiéndoles que pueden hacer cualquier cosa porque siempre "todo está perfecto", generalizando esta visión de la vida a otros ámbitos en donde debe desarrollar destrezas para manipular y explotar a los demás y así lograr que le presten la atención que supone merecer, configurando un círculo en donde al ver que los demás se dejan explotar, corrobora que es superior a otros (Caballo, 2004b). La burla, la glorificación y la indulgencia posesiva llevan al desarrollo de un sentimiento frágil de la autoestima y a una autoimagen más polarizada y desplazada (Tutsch, 2003).

Al parecer, el narcicismo se desarrolla a través de vivencias de rechazo parental, devaluación y un ambiente que invalida las emociones, siendo hipotético plantear la presencia de padres fríos o descalificadores que favorecen la creación y desarrollo de una fachada que sirven como refugio interno que los protege de las experiencias de un ambiente temprano tan duro y deprivador (Levy et al. 2007), aunque al parecer, otra hipótesis importante no tiene que ver con la devaluación sino con la sobrevaloración parental (Millon, 2001).

Los ricos y famosos son particularmente vulnerables para desarrollar este modo de ser en la adultez, como dice Smith (2003):

> Las personas que reciben reconocimiento por sus logros profesionales comienzan a pronunciarse en temas que no son afines a la profesión que los distingue. Los actores de cine sienten que están calificados para lanzarse a puestos políticos, que supuestamente requieren habilidades especiales para la consolidación, la movilización y la implementación de la voluntad de muchas personas. Las habilidades de administración y manejo requeridas para un buen gobierno parecen no relacionarse con la habilidad de crear una imagen leyendo y recordando libretos. Incluso dentro de las profesiones científicas, aquellos que alcanzan cierto estatus pueden sentir que ellos

> ya no necesitan ofrecer evidencia que soporte sus posiciones. De nuevo, episodios aislados no crean el trastorno, pero muchas repeticiones de esta situación si lo pueden crear. El público puede y dará una adoración no contingente así como un trato diferente a las personas ricas y famosas. Bajo las condiciones adecuadas, nunca es muy tarde para desarrollar un TNP.

Al parecer, detrás de esta fachada arrogante se esconde un sentido de fragilidad, vulnerabilidad y vacío abismal (Dimaggio, G., Petrilli, D., Fiori, D. y Mancioppi, S., 2008a), sin embargo, existen evidencias que relacionan una alta autoestima con este desarrollo de la personalidad y

> ... aunque existe relación entre autoestima y narcisismo, no se trata de una misma cosa. Los individuos con mucha autoestima no son necesariamente narcisistas, sino que puede ser que confíen mucho en su valía personal. En todo caso su autoestima se basa en valoraciones realistas, basadas en la demostración de talentos, logros y relaciones exitosas, dentro de un contexto social ajustado a las normas y oportunidades del entorno. (Beck, 2005).

DESCRIPCIÓN: MIRANDO AL ESPEJO DE LA VOLUNTAD DE PODER

En principio podrían intimidarte o generarte admiración pues su arte esta en distorsionar su realidad y presentarla de forma pomposa, todopoderosa, llena de logros y capacidades excepcionales que varían de una persona a otra, dependiendo del grado de restricción que posean y del público que tienen. La voluntad de poder los domina, pues el poder y el reconocimiento son el fin último de sus acciones y nunca un medio para alcanzar un fin loable o verdaderamente admirable, lamentablemente su existencia se frustra al estar completamente dirigidos hacia si mismos y al no encontrar el sentido de completud que tanto buscan a través del éxito, el dominio de otros y el reconocimiento. Como dice Romero (2006):

> El narcisismo puede ser entendido como la tendencia del sujeto a exaltarse a sí mismo atribuyéndose méritos y virtudes mayores que las que de hecho posee, mostrándose apenas en su lado bueno y colocándose por encima de los demás.

Viven llenos de fantasías grandiosas acerca del dinero, el éxito, la fama y la belleza, esperando ser admirados al suponerse "especiales" y pensando sólo en ellos mismos y en lo magníficos que son. Otro aspecto importante de este modo de ser es su poca empatía por los otros, les cuesta entender los sentimientos de los otros, siendo insensibles, aunque no necesariamente por malicia sino por falta de apreciación de los sentimientos de las otras personas (Rodin, G., Izenberg, S. 1997).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Este modo de ser considera las normas inaplicables a su realidad particular y se cree merecedor de todas las indulgencias y el perdón de los demás cada vez que se aprovecha o pasa por encima de ellos, su pareja está a su servicio y la fidelidad a la misma no es su principal cualidad; sin embargo, enmascara sentimientos de inferioridad y miedo terrible a la descalificación, duda y siente vergüenza, ocultando sus emociones a toda costa y buscando poder y éxito para blindar sus emociones, no soporta las restricciones externas a su libertad y tiene tendencia *light* en la vida, no soporta la autoridad y parecería que posee una atención flotante a la espera de detectar posibles descalificaciones o situaciones en las que alguien pueda ponerse un poco encima de él. Esta descripción parecería dejar a las personas con este modo de ser muy "mal paradas" ante los demás, pues estar al lado de personas que miran con desprecio y que "creen que los demás tienen el deber de anticipar sus necesidades, excusarlos de toda obligación mundana y realizar infatigablemente el rutinario trabajo que requiere el cumplimiento de sus gloriosas ambiciones y brillantes ideas (Millon, 2001)", no es muy cómodo, lamentablemente las necesidades económicas y en algunos casos la dependencia afectiva, hacen que sea difícil tomar distancia de estas personas tóxicas, soportando sus expectativas de un tratamiento preferencial, con una sensación de autoimportancia exagerada (Levy, K., Reynoso, J., Wasserman, R., Clarkin, J. 2007).

Para Romero (2006), la vanidad, la presunción y la arrogancia son las características de este modo de ser, intentando vanagloriarse y buscando admiración vanidosamente, cuidando la fachada construida para esconder los aspectos menos favorables, siendo pretensioso al creer que merece mucho más de lo que tiene y de lo que es, siendo arrogante en muchos sentidos, incluyendo su postura corporal y distancia física, así como las exigencias de un trato excepcional, es importante en este punto no dejar por fuera una cuarta característica: la envidia. No siempre es fácil observar estos elementos, pues como dice Rodin y Izenberg (1997): "En algunos casos, la necesidad de ser admirados o alabados está cubierta y se evidencia sólo en una devoción de autosacrificio excesiva y aparente hacia el trabajo o las búsquedas intelectuales".

En el narcisismo existe una extrema vulnerabilidad a la crítica o a no ser tenidos en cuenta, ocultando estos sentimientos para no mostrar debilidad, pero al mismo tiempo manteniendo un fuerte deseo de amor y apoyo. Cuando se retira el soporte o existe alguna evidencia de su vulnerabilidad, su autoconcepto se degrada (Smith, 2003) o luchan por acabar a quien los amenaza. Desde un punto de vista más cercano y con una lectura fenomenológica:

> ... Es notable que en las conversaciones el mundo sólo es visto y sentido en relación con el yo. Sólo se habla de las propias contribuciones a las interacciones, las de los otros permanecen vagas y parecen poco importantes. A pesar de toda la grandiosidad y de los comportamientos que tienen como objetivo impresionar, el aburrimiento y el vacío emergen fácilmente, y la conversación se limita a resaltar las cosas

> que pueden generar aplausos y éxitos. Incluso con una alta inteligencia, se evidencia una tendencia a la obviedad. Generalmente el diálogo no se lleva a cabo; si todo lo que tiene sentido ha sido reportado, la conversación generalmente termina con un "que conversación tan buena fue esta". El encanto infantil compensa solo el tiempo que careció de humor (el humor como el lado opuesto de la superioridad, y como la capacidad de la auto-ironía, no es la fortaleza de los narcisistas). La derogatoria misántropa "sólo los bobos son felices" o un aparente estado de ánimo maravilloso oprime la atmosfera, y es incapaz de hacer desaparecer la omnipresencia del vacío (Tutsch, 2003).

Desde una mirada existencial, este modo de ser se caracteriza por

La **pérdida de sí mismo** en la inautenticidad de permanecer cerrado al mundo a través de su egocentrismo y egoísmo extremo, así como cerrado a sí mismo con la incapacidad de verse sin poder estar en contacto consigo mismo ni con su mundo emocional, permaneciendo en un mundo en donde busca desesperadamente que los demás lo reconozcan y lo liberen de su sensación de no ser querido. Este modo de ser, al no poder acceder a sí mismo, externaliza todo lo que le sucede, manteniendo de esta forma su imagen grandiosa sin asumir ninguna responsabilidad. Al no hacer nada propio, nunca tiene un proyecto autotrascendente real, pues no tiene nada para dar, por lo tanto no asume ninguna responsabilidad, siendo víctima reactiva de los errores de los demás y esperando que los demás estén a su servicio y hagan lo que él debería hacer, incluyendo asumir sus culpas.

La **inautenticidad como forma de vida** en donde quiere mostrarse auténtico disfrazándose con ropas de marca y de moda, tratando de estar en lo novedoso y en la habladuría, atreviéndose a opinar con autoridad de temas en los que no tiene mucha idea. En sí, el modo de ser narcisista no está abierto a su propio ser, confrontándose con el mismo tal como es, sólo puede aparentar que se es genuino y único, paradójicamente quedando atrapado en el "uno" de lo social. Quiere apropiarse de las cosas, vincularse con algo, comprometerse, vincularse en una relación pero fracasa al no tener un interés genuino en el otro.

La **falta de acceso a sí mismo** en un organismo psicofísico que se encuentra cerrado y no permite acceder a la persona espiritual, por ello busca afuera el reconocimiento y la valoración que no posee dentro; la persona no puede ejercer autoconciencia alguna y se ha hecho impotente para hacerse cargo de sus zonas oscuras.

El **dolor de ser denigrado** al impedir que los demás le vean, pues aunque intenta obligar al otro a que dirija su mirada hacia sí y lo admire, lo único que el otro ve es la fachada bien armada, pues no hay nada hermoso que mostrar detrás de tal apa-

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

riencia, mero egoísmo. El dolor de ser denigrado se traduce en una ofensa constante que percibe del medio que le niega alabanzas. Este dolor genera una rabia constante acerca de la valía personal que no ve reconocida ni valorada por las demás personas.

El **desconocimiento del mundo emocional** en donde la dificultad para acceder a si mismo le impide reconocer y aceptar sus zonas vulnerables, cerrándose ante cualquier emoción que lo haga ver "débil", desbordándose sin control cuando las mismas le rebasan sin poder comprenderlas. La emocionalidad estalla sin que la persona asuma su participación en ello, la persona no logra ver su lucha por la homeóstasis emocional, no comprende la razón de ser de su sentimiento de ser ofendido al no ser valorado o estalla en culpa cuando es muy evidente su deficiencia.

El **cuerpo como fachada** es un objeto utilizado para obligar al otro a que le admire, por ello debe permanecer bien arreglado y pulido de tal forma que no pase desapercibido, asumiendo poses y posturas de altivez que obliguen al otro a actuar con admiración. Al ser tan solo un instrumento para ser reconocido y querido, este modo de ser se usa de cualquier forma con tal de dominar al otro. Busca adueñarse del espacio sin considerar el espacio de los otros, no tiene un sentido de proporción, exagerando o minimizando las cosas a conveniencia de su imagen.

La **impermanencia de las vivencias** de valoración, no logrando hacer suyo nada, ni dejando nada fijo en su interior, por ello vive un eterno presente, buscando satisfacciones inmediatas y constantes que renueven las sensaciones que desaparecen fácilmente al ser fugaces. No hay historia que permanezca, ocultando sus arrugas y canas e ignorando el respeto hacia las mismas.

Su **forma de pensar** se caracteriza por un estilo global, grandioso y extremadamente selectivo que le impide ver los detalles turbios de su forma de ser y lo especializa en ver las faltas de los demás, por ello ve en principio todo muy fácil, considerándose excepcional y borrando de su mente cualquier posibilidad de fracaso o de meta que los rebase, obviando el proceso de esfuerzo que implica y centrándose solamente en la meta grandiosa que ve. De igual forma, su sesgo perceptual diseñado para proteger su identidad le impide monitorear sus creencias y relacionarlas con el contexto, las emociones y las demás personas, teniendo creencias rígidas que bien define Beck (2005) como: "Puesto que soy especial, merezco miramientos, privilegios y prerrogativas especiales", "soy superior a los demás y ellos tienen que reconocerlo", "estoy por encima de las reglas", generando conclusiones como: "si no reconocen mi *status* especial, hay que castigarles", "para conservar mi *status* especial, debo someterles" o "si no soy el mejor, soy un fracaso". Creencias que mantienen su necesidad de mostrarse superior para compensar su sensación de

inadecuación e inferioridad. Este modo de ser organiza una selectividad rigurosa e inflexible para captar su realidad, impidiéndose el acceso a sí mismo, incluso para pensar acerca de sus problemas y explorar sus sentimientos de inadecuación, sus serias restricciones para monitorearse a sí mismo lo obligan a externalizar la responsabilidad de sus dificultades, claudicando su libertad y acusando a los demás de sus problemas. Su pobre flexibilidad lo convierte en juez implacable de los demás, siéndole muy complicado tomar distancia de sus opiniones, llegándolas a considerar como certezas indiscutibles, motivo por el cual los puntos de vista contrarios sencillamente están equivocados y son desechados a la brevedad.

Al estar ciego a sus propios problemas y enfocado en las necesidades, dificultades o debilidades de las demás personas, sólo capta selectivamente los puntos negros del mundo, generando grandes descalificaciones y críticas que le permiten ubicarse por encima de los demás, tendiendo a dar alternativas que nunca aplica a sí mismo e incluso convirtiéndose en excelente consejero y terapeuta pero sin desplegar su capacidad autotrascendente, pues su única intención es obtener el agradecimiento, el reconocimiento y la posición de superioridad, riesgo gigantesco para los pacientes o los empleados de personas con esta personalidad "grandiosa", pues el abuso de poder no se hace esperar. Algunos se consideran con una habilidad muy desarrollada para captar valores, siendo por ello jueces implacables y disgustándose cuando su "supuesta vida correcta" es puesta en duda, su sistema de valores es rígido y lo consideran como aplicable a todos los contextos y personas haciéndoles difícil cambiar de opinión una vez han tomado una decisión, incluso cuando descubren que no tienen toda la razón.

Su sesgo para captar la realidad les dificulta captar los riesgos normales de la vida, pues al ver sólo las fortalezas –incluso algunas que no son reales– la posibilidad de salir afectado o dañado en una circunstancia peligrosa se subestima considerándola inaplicable para su caso especial, es así como el consumo de drogas (especialmente la cocaína) y la vida sexual parecerían no tener límite e incluso presentándose graves problemas, estos son negados, fácilmente perdonados y poco asumidos por la persona, encontrando generalmente otros "culpables" o minimizando el impacto del problema en el que están metidos. De esta forma se hace muy difícil ayudarlos, pues buscar ayuda no es una de sus virtudes.

Su estilo cognitivo es de extremos, para ellos todo es siempre, nunca y totalmente, perdiéndole interés a todo aquello en donde no puedan sobresalir y dedicándose solamente a aquello en donde pueden brillar, perdiendo el sentido de sus vidas cuando la realidad es contundente y les muestra que no "siempre" ganan y que otros parece que "nunca" fracasan.

El grupo de Dimaggio y Semerari (2008a) en Italia ha identificado cuatro estados mentales de este modo de ser: grandioso, de transición, depresivo/aterrorizado y de vacío desvitalizado. En el estado mental grandioso "los temas mentales recurrentes son superioridad, autosuficiencia, dominio del mundo, no pertenencia al

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

grupo o pertenencia a un grupo que se fantasea que es de los mejores", en el estado depresivo los temas son: "sensación de fracaso, de rechazo y de expulsión del grupo, amenaza, derrota, autodesvaloración, inconsistencia de la identidad y sumisión", en el estado de vacío desvitalizado las metas son dejadas de lado y el embotamiento rodea a la persona; en el estado de transición se atribuyen a los demás las causas de los problemas y se utilizan diferentes estrategias para recuperar la imagen amenazada.

Su **emocionalidad** es ambivalente pasando de la frialdad y la distancia que denotan superioridad, a la explosión emocional de ira cuando no son admirados o perciben descalificación, cayendo posteriormente en estados depresivos o culposos en donde aflora toda su debilidad, ocultando generalmente estas emociones pues son inaceptables para su autoimagen y mostrarse débil ante otras personas constituye un riesgo muy alto que no quieren asumir. Su tolerancia emocional es pobre, sólo soportando los estados de ánimo grandiosos como el éxtasis, la euforia, la alegría o el entusiasmo, y siendo realmente intolerantes ante el sufrimiento y las emociones molestas.

Si bien, parecería que las demás personas no le importan, suele estar pendiente de los demás todo el tiempo, algunas veces para poder observar que es lo que los demás tienen que los hace ver superiores y así llenarse de envidia, otras veces para estar alerta a posibles descalificaciones y poder defenderse a tiempo y en otras ocasiones para recibir la admiración que tanto necesita, este estado de alerta con las demás personas, esta búsqueda de corroboración lo hace muy vulnerable a estados de ánimo negativos, pues como dice Beck (2005):

> Cuando sus actitudes autocentradas provocan controversia, desaprobación y quizás disgusto entre los demás, se suelen meter en una espiral negativa sin fin. El paciente experimenta el insulto narcisista y, como es de esperar, reacciona defensivamente enfadándose, y exigiendo un tratamiento especial. A veces también se deprime o se pone ansioso y alberga pensamientos punitivos y críticos hacia sí mismo y hacia los demás debido a que su sentido del propio valor depende de un constante éxito y admiración externa.

Esta defensividad constante le hace gastar una cantidad importante de energía, viviendo estresado y tenso gran parte del tiempo, pues como se expuso con anterioridad, sentirse mal es inaceptable para su autoimagen grandiosa, generándole malestar si tiene que pedir ayuda o ir a terapia, ya que al psicólogo "sólo va gente que esta muy mal" y esto es algo insoportable para su imagen, sintiéndose inferior y manifestando cierto disgusto con el terapeuta, bien sea porque no le da el nivel o porque no entiende por qué no mejora si ya está asistiendo a terapia, por supuesto es difícil que mejore cuando asiste a terapia a hablar de todo menos de sus problemas; sin embargo, vale la pena reconocer que algunos consultantes si hablan de sus

problemas, ubicándose como "el caso más difícil que seguramente usted ha tratado" o mostrándose como "el problema más especial, extraño y exclusivo al que usted como terapeuta se ha enfrentado".

Algunos autores (Dimaggio et al. 2008a) plantean que este modo de ser tiene varios estados en donde se presentan diferentes emociones. En el estado grandioso son de euforia, de fuerza y de eficacia personal, así como de frialdad y distanciamiento. En el estado depresivo son de vergüenza, miedo, tristeza y nostalgia que al ser inaceptables para sí mismo pueden conducir a estados alterados de conciencia. En el estado de vacío la experiencia emocional esta ausente, la persona se siente fría, desapegada, alejada de los demás y de sí mismo, percibe el mundo como si fuera irreal, el cuerpo lejano y anhedónico, manteniéndose en este estado en donde es intocable. En el estado de transición se activa la rabia y la agresividad con ellos mismos o con otros a quienes culpabiliza de las amenazas a su autoestima.

Es común encontrar algunos estados emocionales "no reconocidos" pero altamente frecuentes en este modo de ser: la culpa, la envidia y la soledad. De hecho parecería que reconocer la culpa y realizar acciones genuinas para enmendar el daño realizado están directamente relacionados con el nivel de restricción que posee la persona, siendo un motor de cambio interesante para la psicoterapia; por otro lado, la envidia tampoco es tan fácil de reconocer, llevándolo a entablar competencias constantes con las demás personas, intentando demostrar su grandeza y superioridad y experimentando rabia y frustración al no lograrlo. Alcanzar terapéuticamente que este modo de ser admire a alguien, encuentre un mentor del cual aprender y acepte habilidades superiores de otras personas, permitiéndoles a aquellos que admira o que pueden enseñarle, ser seres humanos con algunas fallas que no los hacen mediocres ni inferiores, es un gran paso en el proceso de cambio. Aceptar la soledad en la que viven, representa también un momento importante para el proceso de cambio, pues:

> ... la capacidad de construir nuevas amistades, explorar nuevos territorios, luce por su ausencia: se tiene que inaugurar una fase de aprendizaje a través de la acción, durante la cual el terapeuta acompaña al paciente en el descubrimiento de áreas inexploradas, en el ejercicio de competencias sociales (Dimmaggio et al., 2008a).

Y esto sólo será posible cuando la soledad sea aceptada o egodistónica. En palabras de Wamba (1997):

> Se trata de colaborar con el cliente en la búsqueda de soluciones alternativas a su situación vivencial, dado que uno de los problemas más definitorios de estos tipos de personalidades son sus dificultades adaptativas, que es precisamente lo que da como respuesta una mayor intensidad de su sentimiento de soledad. La queja frecuente que alude al sentimiento de "no sentirse comprometidos" no es más que la mala elaboración de su soledad existencial. Es ahí donde, a mi entender, se debe actuar con

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

> mayor prevalencia para ayudar al cliente al análisis de la trayectoria de su soledad y buscar su propio encuentro.

Al no tener una historia, todo es vacío y solitario en su interior, se aburre fácilmente y se siente presionado a buscar el reconocimiento de los otros, aunque aparenta gran independencia. La emocionalidad no es aceptada y algunos flujos emocionales suelen ser rechazados; este modo de ser busca el equilibrio constante a través de la intolerancia a la diferencia que puede amenazar su autoestima, como dice Tutsch (2003):

> La técnica para el mantenimiento del equilibrio narcisista es la intolerancia a la diferencia tanto en el interior como en el exterior manifestada como: 1) obsesión con la armonía absoluta, 2) hambre por el reconocimiento, y 3) el vivir en un mundo distante.

La **imagen de si mismo** y su **identidad** parecen ser egosintónicas cuando se encuentra en estados de ánimo exaltados y agradables, y su grandiosidad se expresa. La imagen que tiene de sí mismo se asemeja a la de un príncipe que es heredero del trono y que todo gira a su alrededor, teniendo derecho a todo por ser de *estatus* superior, desarrollando una cantidad importante de círculos de protección de su identidad para evitar contradecirla, y así caer en estados emocionales inaceptables o en la experiencia de vacío existencial que experimenta cuando logra verse a sí mismo. Sus círculos de protección como la autoexaltación, la agresividad, la descalificación son estrategias de afrontamiento que serán expuestas con posterioridad, aclarando en este punto que sus círculos protectivos no son la persona sino estrategias arcaicas para proteger su identidad sesgada, pues ha sido construida desde la no aceptación total de sí mismo, rechazando partes de si que se considerarían inaceptables o de gran vulnerabilidad, y proyectando una imagen incompleta, a veces sesgada y otras veces mentirosa. Su mundo interno esta blindado y como dice Millon (2001):

> La primera impresión es que el mundo interno del narcisista parece inteligente, sólido y sustancial. Sin embargo, son pocas las ideas que genera que no han sido diseñadas para conseguir la admiración de una audiencia. Cuando afloran las evidencias incriminatorias, los narcisistas generan una sutil cadena de acontecimientos y se convencen, e intentan convencer a los demás, de que todo el tiempo estaban en lo cierto, de que todo había sido planeado de antemano y formaba parte de su grandioso plan. El mundo interno del narcisista, lejos de poseer una base ideológica sólida, esta formado por construcciones inconstantes con algún propósito temporal, defensivo o de conveniencia. Sus argumentos no necesitan ser defensivos de forma absoluta, ya que siempre pueden ser reorquestados para cualquier nuevo propósito que pudiera surgir.

La inautenticidad lo embarga y en algún momento llega a ser egodistónica, experimentando estados emocionales negativos, un desencuentro de sí mismo y pérdida importante de sentido en su vida.

Este modo de ser tiene un alto concepto de sí mismo, creyéndose único, más inteligente y atractivo que los demás, niega tener sesgos morales, se cree más extrovertido que las demás personas; sin embargo, en investigaciones desarrolladas comparando este modo de ser con personas de alta autoestima, éstas últimas se consideran inteligentes y extrovertidas pero no tanto como los narcisistas, teniendo una mayor sensación de ser seres comunes y corrientes y no especiales y únicos (Campbell, K., Foster, C., Finkel, E., 2002).

Sus **relaciones interpersonales** están basadas en la subordinación, sacando provecho de los demás y explotando a cualquier persona que califique como "inferior", motivo por el cual los derechos de los demás, así como sus logros y cualidades no le merece ningún respeto; puede que en principio se muestre encantador y dé más de lo que se podría esperar, sin embargo, tarde o temprano empieza a asomarse su corona de príncipe y a salir a la luz su exigencia de trato especial, llegando a alterar su realidad para poder pensar que es "necesario" para las personas con quienes se relaciona, siendo esto más fuerte cuando ostenta cargos de poder.

Situación que le hace difícil generar vínculos afectivos profundos o tener la experiencia de "estar conectado" con otros, corroborando de esta forma sus vivencias de inferioridad o no suficiencia y viéndose obligado a construir una fachada de independencia y superioridad, como dice Dimaggio et al. (2008a): "Soy diferente porque soy mejor. Me atacan porque me envidian" es la explicación que se da de su sentimiento de ser diferente". Su dificultad para vincularse lo invita a crear una trampa de la que no es muy consciente, generando relaciones interpersonales que terminan afectando o manteniendo el modo de ser; de esta forma idealiza algunas relaciones, hasta que las mismas muestran su faceta humana y caen inmediatamente en desgracia, aumentando la soledad que vive la persona con este modo de ser. En otras oportunidades entra en franca competencia con los otros, sufriendo excesivamente cuando pierde, empata o no es el primero, pero no dándose cuenta de su participación en el fracaso de las relaciones que intenta entablar, pues como se expone posteriormente, su capacidad de autodistanciamiento y autotrascendencia –en cuanto a la facultad de la autocomprensión y de diferenciación–, esta seriamente afectada, motivo por el cual no logra darse cuenta del impacto que tiene su comportamiento sobre las demás personas, ni logran discernir entre sus simples percepciones de menosprecio por parte de los demás y la realidad acerca de la conducta del otro, no logra diferenciar entre su captación selectiva de la realidad y la captación de la realidad que hacen las demás personas.

Descentrarse de su preocupación egocéntrica, abandonar la hiperreflexion acerca de su gloria falsa lo incomunica de las demás personas, pues como dice Caponni

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

(1987): "en sus interacciones están más centrados en sí mismos que en los demás. Se consideran a sí mismos superiores y especiales. Inclinados a exagerar sus capacidades y poderes, transforman fácilmente los fracasos en éxitos", generando de esta forma el rechazo de los demás y volviendo –como se explicó anteriormente– a corroborar sus vivencias de soledad. Al considerar a los demás como personas inferiores, considerándose a sí mismas prestigiosas y encima del promedio, los demás sólo pueden ser sus vasallos, estando centrados en obtener la admiración que necesitan para conservar su estatus (Beck, 2005).

Las personas que los rodean pronto aprenden a alejarse para protegerse de ellos o experimentan serios conflictos, pues este modo de ser no resiste la crítica, considerándola siempre como destructiva o un ataque deliberado a su dignidad, ponerles límites o intentar que se adapten a la normalidad establecida para un grupo es una experiencia muy desagradable e insoportable para ellos, sacando un arsenal de estrategias defensivas que les permitan sobrevivir al ataque que sólo ellos están percibiendo, "cuando son presionados o se pone en tela de juicio su conducta, se comportan de forma aun más arrogante y displicente, y pueden llegar a enfurecerse (Millon, 2001)". Su terquedad es inigualable y sólo algunas pocas personas consideradas por ellos como superiores pueden hacerles tomar consejo o reflexionar un poco; normalmente son poco reflexivos sobre sus aspectos oscuros, siendo aún menos reflexivos en presencia de otros, logrando generar algunos niveles de autocomprensión en medio de su soledad, presentando posteriormente sus conclusiones como si fuesen propias y sin ningún tipo de influencia de otros. Normalmente son agresivos, relacionados con conductas de dominancia y hostilidad, exhibicionismo y falta de interés por los otros, siendo la agresividad una respuesta puntual a las amenazas específicas a su ego (Beck, 2005). Las relaciones entabladas por este modo de ser, se basan en el supuesto de que el otro tiene como deber anticipar las necesidades que tiene la persona, cubrirle las mismas y no quejarse nunca por hacerlo, so pena de recibir una gran descalificación que de todas formas llegará ante cualquier imperfección evidenciada. Como dice Smith (2003) desde la psicoterapia interpersonal:

> Las personas con TNP ignoran las necesidades de los otros. Su posición armoniza bien con alguien que se someterá y que al mismo tiempo les dará amor activo y protección. Si la otra persona fracasa en hacer esto o si algo interfiere con el deseo de estar separados, la persona con TNP se sumerge en culpa y ataque. Cualquier sugerencia de que la persona con TNP no es perfecta es probable que genere una autoculpa severa. Estos son los ritmos y las armonías de la canción del TNP.

La falta de relaciones, la soledad negada, la obsesión con el reconocimiento y el vacío interno hace comprensible la alta promiscuidad sexual con la que viven (Tutsch, 2003); este modo de ser busca afuera el amor que no encuentra adentro, pero como no puede reconocer emociones vulnerables, lo hace desde el dominio de lo sexual. Este modo de ser necesita sentirse incluido, pues la exclusión es su

principal dolor, sintiéndose obligado a no confiar, a alejar a los otros y a obligar a los demás con su expresión de rabia (Dimaggio, G., Nicolo, G., Centenero, E., Semerari, A., Carcione, A., Pedone, R., 2010). Al parecer los vínculos cercanos son los más afectados en estas relaciones, pues los abusos se presentan con mayor frecuencia y menor consideración. La manifestación del poder no se hace esperar en estas relaciones cercanas, las decisiones son unilaterales sin contemplar las necesidades del otro, quien es controlado y pierde el derecho a tener límites interpersonales claros, recibiendo a cambio casi nada y muy poca intimidad, pues la misma es amenazante para este modo de ser que no quiere mostrarse nunca vulnerable. Su capacidad autotrascendente esta seriamente restringida, haciéndoles difícil amar y mucho menos entregarse a otros.

> Dada su incapacidad para conectar con los demás y desarrollar una historia compartida de amor o trabajo, los narcisistas suelen referir sentimientos de aburrimiento o de carencia de sentido. Al necesitar ser superiores a todo el mundo, preservan su autoestima y crean un aura de excepcionalidad, pero se condenan a una vida solitaria. Después de todo, la intimidad emocional requiere que dos personas abandonen la ilusión de poder y las diferencias de *status* entre ellas, lo cual crea una vulnerabilidad intolerable para el narcisista (Millon, 2001).

Es importante mencionar que no todos los narcisistas se relacionan interpersonalmente de la misma manera, pues existen diferentes formas de narcisismo, para algunos –los narcisistas vulnerables– existe conciencia de las pautas de relación y de su hipersensibilidad, sintiendo gran vergüenza de necesitar algo de los demás; mientras que los narcisistas grandiosos pueden ser capaces de modular su vulnerabilidad con la auto-promoción, el endiosamiento y la evitación de las relaciones (Dickinson, K., Pincus, A., 2003).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

LA RESTRICCIÓN DEL MODO DE SER GRANDIOSO COMO POSIBILIDAD

Desde el ámbito logoterapéutico el desarrollo y mantenimiento del modo de ser "grandioso" se debe a la restricción el autodistanciamiento y de la autotrascendencia localizados en la dimensión noológica, que como bien se sabe, es la dimensión específicamente humana (Frankl, 1994c, 2001), "la dimensión noológica debe definirse como esa dimensión en la que se localizan los fenómenos específicamente humanos" (Frankl, 2001). La restricción del recurso noético del autodistanciamiento les dificulta expresar su facultad de autocomprensión, generándoles dificultades para verse a sí mismos y monitorear sus procesos cognitivos y emotivos, es decir, de hacerse seguimiento, de encontrarse consigo mismo, de verse en situación y en sus circunstancias particulares, darse cuenta de lo que le sucede, lo que piensa y lo que siente, identificarse y afirmarse a sí mismo a través del autoconocimiento (Martínez, 2010), en síntesis, tal restricción noológica le hace difícil tomar distancia de si para poder reconocerse u objetivar las situaciones en las que se encuentra inmerso, reconocer sus emociones, ver la participación en los problemas interpersonales que genera, poder detenerse y pensarse para generar mayor dominio personal, haciéndolos altamente vulnerables, pues no pueden hacer útil este recurso de cambio, frustrando lo que decía Frankl (1994ª):

> En efecto, esta distancia de lo espiritual frente a lo psicofísico, que hemos comentado antes, esa distancia que funda el antagonismo psiconoético, parece extraordinariamente fecunda, se puede hacer útil. Justamente la logoterapia ha procurado explotar el antagonismo facultativo entre la existencia espiritual y la facticidad psicofísica. La logoterapia apela a la persona, a la facultad del espíritu de contraponerse a lo psicofísico, de resistirlo, a ese poder de resistencia del espíritu; a este poder recurre, a este poder se remite.

La libertad de la persona permanece en potencia pero sólo se logra ejercer de manera proporcional a la restricción del organismo psicofísico que ha asentado las vivencias narcisistas, dejando al logoterapeuta ante la tarea de avivar factores noéticos concretos que despierten sus potencialidades.

Esta dificultad para acceder a su propia intimidad para poder monitorear sus estados internos –especialmente su mundo emocional–, lo hace experimentar desazón y una sensación constante de incomprensión que lo llena de fragilidad inconfesable ante los demás, ubicándolo en una situación en donde debe expresarse de forma general y no particular, diciendo cosas como "generalmente los seres humanos en estas situaciones suelen…" y así evitar hablar de el mismo y exponer su vulnerabilidad; su pobre distancia de si y su miedo a la vulnerabilidad le hace ocultar y ocultarse a sí mismo sus emociones y la implicación de las mismas en las diferentes situaciones y relaciones que tiene, haciéndose difícil ejercer la capacidad de autorregulación, la capacidad de tomar distancia y regular los propios procesos

cognitivos y emotivos, de reconciliarse con lo psicofísico o de oponerse a sí mismo si es preciso, es decir, se hace complicado ejercer esta capacidad de ser proactivo y no reactivo ante lo que se piensa o se siente, de poder aplazar o detener la satisfacción de instintos, de generar la autodisciplina humana y el dominio de si (Martínez, 2010) que parece brillar por su ausencia entre más restricción padezca la persona con este modo de ser.

Autores fuera del ámbito logoterapéutico, mantienen posturas similares al decir:

> "La falta de acceso a los deseos impide vivir en sintonía con el cuerpo y con los proyectos de vida marcados por emociones genuinas, perseguidos en consonancia con las propias actitudes. Los narcisistas no reconocen estos estados internos y se ven constreñidos a perseguir metas grandiosas. La falta de reconocimiento de la propia fragilidad y debilidad no permite bloquear proyectos que están más allá de las fuerzas del sujeto y, sobre todo, pedir ayuda y consuelo cuando dichas necesidades se hallan presentes en una dimensión preverbal" (Dimaggio et al., 2008a).

Para mantener la pureza de la autoimagen narcisista, los sentimientos displacenteros y las metas no logradas son atribuidas a las demás personas (Tutsch, 2003) evitando de esta manera confrontarse con una imagen de fracaso.

Por otro lado, la autotrascendencia esta encerrada en la inmanencia del egocentrismo, frustrando dos actos humanos vitales para la felicidad: el amor y el sentido de la vida.

> El primer aspecto de la autotrascendencia, la búsqueda y el alcance de un sentido, puede expresarse con un concepto basado en la teoría de la motivación y que yo suelo llamar deseo de sentido… El amor en efecto se revela como uno de los dos aspectos de eso que yo llamo, la autotrascendencia de la existencia humana. Entiendo por tal hecho antropológico fundamental de que el ser humano remite siempre, más allá de sí mismo, hacia algo que no es él: hacia algo o hacia alguien, hacia un sentido que el hombre colma o hacia un semejante con el que se encuentra (Frankl, 1994d).

Dejando a la persona con este modo de ser frente a su propia soledad y revelándole su sensación aterradora de vacío. La capacidad autotrascendente de la diferenciación no se ejerce, dificultando la posibilidad de encontrarse con otro ser humano, ya que "El encuentro es una relación con un semejante en la que se reconoce a éste como ser humano" (Frankl, 1994d). Reconocimiento que parece no estar dispuesto a ser brindado por este modo de ser; "estar junto a" otro ser humano, "estar junto a" otro ser espiritual de la misma especie, es tal vez una de sus principales dificultades, tal como fue expuesto en un punto anterior.

Para salir de la inmanencia y desplegar la autotrascendencia, es necesario desarrollar la capacidad de reconocer al otro como un legítimo otro, no como un súbdito, ni un ciudadano de segunda clase.

La intencionalidad en este modo de ser, esta bastante sesgada, con una perspectiva pobre y disminuida del campo fenomenológico. La intencionalidad es ese "es-

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

tar junto a" del ente espiritual, es la esencia del ente espiritual, es ser consciente de otro ente y es allí cuando está junto a sí mismo, se realiza al "estar junto a", es esa su posibilidad más propia (1994c, 1994d), está presente en todo lo que toca, en todo lo que es objeto de su pensamiento, sin embargo, no es una presencia espacial, ni es una presencia óntica sino más bien ontológica, el ser espiritual, los recursos noéticos, la autotrascendencia y en especial su intencionalidad es capaz de presencia ontológica; presencia que se frustra en este modo de ser, viviendo el desencuentro consigo mismo al no poder realizarse con el otro y quedar arraigado a sí mismo en la trampa de la soledad.

Este fuerte sesgo para ampliar su campo de visión, para dejarse tocar por objetos trascendentes, es fruto de la dificultad para expresar su capacidad de afectación. Le cuesta resonar afectivamente ante los valores y el sentido, parecería incluso que cuando éste brilla, de alguna misteriosa manera se sabotea a sí mismo. La capacidad de afectación y por ende la de entregarse al sentido o a una misión por realizar lo hace abandonar con facilidad los proyectos que inicia, y si bien, parecería estar lleno de metas y aspiraciones plenificantes, las mismas no llenan su vida de sentido, pues son desarrollos de la voluntad de placer y de poder en busca de distensión del organismo psicofísico, nunca son planteamientos intencionales de la voluntad de sentido; su vida tiende a valores universales que no logra interiorizar en su corazón, pues como dice Tutsch (2003):

> ... lo que también es evidente es la discrepancia entre la idealización de sistemas de valores sublimes y principios honorables, y una marcada tendencia antisocial. El narcisista tiene sus propias morales lleno de ideales y principios, pero sin ninguna ética personal. La lucha por ideales primitivos construye un código de honor que cae en una falsa moral.

En el narcisismo se esta encerrado dentro de si, impidiendo la salida trascendente de la espiritualidad humana y frustrando de esta forma la existencia, pues como dice Frankl:

> Ser hombre significa estar ordenado y orientado a algo que no es uno mismo. La existencia humana se caracteriza por su autotrascendencia. Cuando la existencia humana no apunta más allá de sí misma, la permanencia en la vida deja de tener sentido, es imposible (1994d).

La persona no experimenta el verdadero amor, pues no logra encontrarse con el otro desde una relación de iguales.

La restricción de lo espiritual es ampliamente citada en la literatura logoterapéutica (Frankl, 1992, 1994a, 1994c, 1999), pues estas dos potencialidades –autodistanciamiento y autotrascendencia–, son las armas de la persona (Martínez, 2010), lamentablemente, debido a estas dificultades para expresar su potencialidad noética, este modo de ser se "deshumaniza" quedando latentes sus potencialida-

des para que el logoterapeuta le ayude a dar a la luz sus recursos; sin embargo, su principal virtud no está en pedir ayuda y relacionarse, siendo uno de los retos de la psicoterapia centrada en el sentido para el narcisismo. Por otro lado, el vacío existencial constituye otra área de trabajo de vital importancia, pues como dice Dimaggio (2008a):

> ... actuar en constate desacuerdo con lo que el cuerpo y los deseos dictan, convierte al narcisista en presa de un sutil, invencible sentimiento de insatisfacción e invalidación: "¿quién me impide gozar todo lo que me espera?". Y entonces, se siente vacío, la vida le parece gris, ontológicamente carente de sentido.

El modo de ser "grandioso", es el modo de ser de la voluntad de poder, y aunque parecería no disfrutar de las cosas de la vida, y por ello no tener dificultades con la voluntad de placer, nada es más lejano de ello, pues la voluntad de placer no es simplemente la búsqueda de placer como fin último, también la distensión constante del displacer –especialidad de este modo de ser–. Como se ha planteado en otro lugar (Martínez, 2002):

> ... las voluntades de placer y de poder conllevan un argumento inmanentista que se opone a la autotrascendencia y frustra la existencia del ser humano. Mientras las voluntades de placer y de poder consideran como fin último de la existencia la consecución del placer y del poder, la logoterapia argumenta que los mismos son consecuencia de alcanzar un fin y no el fin en sí, motivo por el cual se promueve un estado de frustración que conlleva al surgimiento del vacío existencial.

Sensación que logra ser egodistónica y tal vez motivar a la persona hacia la búsqueda de ayuda, pues como plantea Dimaggio (2008a): "A la larga este estado se convierte en egodistónico: el sujeto percibe que su vida esta vacía, es aburrida, la frialdad emocional le molesta y se despierta la necesidad no confesada de establecer relaciones".

© **Editorial El Manual Moderno** Fotocopiar sin autorización es un delito.

LOS VÍNCULOS CERCANOS: SUS VÍCTIMAS Y SU SALVACIÓN

Como ya se ha visto, al tener restringida las expresiones de libertad y de sus recursos, la **responsabilidad** también se ve distorsionada, no asumiendo cargo alguno y desplazando la participación o generación de estados relacionales complicados a otras personas, generalmente aquellas con vínculos cercanos; de esta forma, los padres y parejas son culpabilizados constantemente, atribuyéndoles la responsabilidad por la situación actual de la persona. Sus hijos no logran escaparse de estas dinámicas des-responzabilizantes:

> ... en un panorama extremo, los padres con un trastorno narcisista de la personalidad descuidan o incluso abusan de sus hijos. Su egocentrismo, su falta de empatía y su necesidad constante de atención no se ajustan demasiado a la realidad de cuidar de sus bebes o hijos en desarrollo (Yudofsky, 2007).

Tal negligencia para asumir la responsabilidad de los vínculos en su vida va acompañada de sentimientos de rabia y de pérdida de libertad, al sentir que están siendo sometidos por sus vínculos y que esto les impide hacer todo lo que quieren.

Además de la responsabilidad, al no reconocer al otro como otro legítimo, al tener dificultades para ejercer su capacidad de diferenciación, aparece la **imposición de valores** obligando a las personas que les rodean a que piensen y actúen como ellos quieren, so pena de ser aplastados o agredidos. Los demás reaccionan negativamente ante dicha imposición que se hace en tono de orden, se someten o se rebelan, generando en ambos casos el deterioro de la relación (Dimaggio, 2008a). Las parejas de este modo de ser caerán fácilmente en relaciones masoquistas o de mutua agresión, los hijos crecen con la sensación constante de descalificación y no suficiencia y si algunos logran escapar, dejaran sola a la persona con este modo de ser para que "disfrute de su intransigencia en soledad".

La **cosificación del otro** aparece como otra de las características vinculares, en ella, el otro es un objeto sin derechos propios, es una herramienta o cosa para satisfacer las propias necesidades; la indolencia, la falta de solidaridad y la indiferencia son fáciles de asumir pues el otro sencillamente no es otro con quien pueda entablarse una relación yo-tu, sino tan solo yo-ello, no se da el fundante mundo de la relación y del encuentro (Buber, 1998). En palabras de Beck (2005):

> Para el narcisista, las personas son objetos o herramientas útiles en la búsqueda de distinción. Por eso, el paciente gasta mucha energía mental comparándose y juzgando la valía propia y la de los demás. Si alguna persona, de alguna manera, tiene el potencial de promocionarle, este lo idealizará y buscará. Los que son percibidos como ordinarios o inferiores, son dejados atrás, de lado o quizás explotados para

> alguna pequeña ganancia para después desecharlos. Las personas pueden ser usadas para alcanzar los fines egocéntricos de la personalidad "grandiosa", serán utilizadas sexualmente, explotadas laboral y económicamente, todo ello a cambio de "nada" o más bien de cada vez perderse más en la relación, pues parecería existir un lema que dice: "quiero más, pero más no es suficiente y por ello te odiare.

Otro de los puntos comunes puede ser llamado la **falsa independencia**, en ella se perciben los favores, la compañía, el compartir responsabilidades hogareñas y el apoyo como un claro ataque a su libertad; impedir que salga de fiesta, detenerlo para hablar un momento, no permitirle que se levante de la cama o sugerirle que ya es momento de estar en ella son detonantes de una sensación de restricción de la libertad y de agresión a su necesidad de independencia que suele terminar en graves disputas. Este modo de ser plantea no necesitar a nadie y bastarse a sí mismo, pero considera que los demás si lo necesitan y que es indispensable para los otros. Su independencia es falsa porque realmente depende de la admiración de los demás y cuando no la logra se frustra y agrede, como bien expresa Caponni (1987): "El narcisista confirma en el otro su convicción de superioridad y autosuficiencia. Sin embargo, en un sentido más genérico depende de los demás, ya que cuando no logra confirmar su sobrevaloración, se descompensa." Manifiesta ser totalmente autosuficiente y está convencido de ello, sin embargo, el rechazo y la soledad que se presenta cuando los vínculos cercanos se deterioran lo puede llevar a crisis serias que lo hacen acercarse y suplicar por un poco de amor.

La **idealización de las relaciones** puede expresarse cuando encuentra algún referente que considera está "a su mismo nivel", lamentablemente pronto las personas dejan ver su lado humano y "caen en desgracia" ante esta personalidad "grandiosa" que no obtiene el reconocimiento que tanto busca e inicia su lucha escalonada por obtener el reconocimiento de la figura idealizada, sintiendo rabia y frustración ante la no llegada de lo que espera y perdiendo de esta forma la posibilidad sanadora de obtener un mentor, un líder o alguien a quien admirar.

La **falta de compromiso** es otra de las estrategias vinculares de este modo de ser, la sensación de no generar vínculo o de distancia es despertada en sus seres cercanos quienes hacen reclamos que son interpretados como críticas a su forma de ser, provocando un mayor alejamiento y "confirmando" la debilidad de quienes le rodean. Con sus parejas son aparentemente cercanos si obtienen reconocimiento constante o si están buscando algún beneficio sexual o económico. Comprometerse para ellos significa perder libertad e independencia, por lo tanto ser inferiores y vulnerables.

En las relaciones amorosas, los narcisistas buscan más *estatus*, reconocimiento y autoestima que intimidad o cuidado, motivo por el cual se sienten atraídos por per-

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

sonas que satisfacen estas necesidades (Campbell, K., Foster, C., Finkel, E., 2002). Los vínculos afectivos, especialmente con las parejas, parecen permitir la ruptura de ciertas defensas de la identidad, aflorando lo mejor y los peor de los diferentes modos de ser. En el caso de las personalidades "grandiosas" los vínculos amorosos no son frecuentemente "amorosos" sino utilitaristas, paradójicos y maltratantes, como bien dice Sholevar (2007):

> Las parejas narcisistas son excesivamente sensibles a la crítica y tienden a humillarse, lo cual las hace muy sensibles a la vergüenza y a la crítica. Carecen de empatía con los sentimientos mutuos y de las demás personas y en cambio reaccionan entre ellos con culpas, ataques y una falta de empatía genuina. Emplean una regulación patológica de la distancia y evitan las relaciones mutuamente gratificantes por miedo a las sensaciones de vacío y a la fragmentación de la personalidad.

Las parejas deben vivir la negligencia y la falta de amor, el egoísmo y la expresión fría de la afectividad, sin dejar de lado su dedicación 100% exclusiva y su trabajo arduo por demostrar que aman a la persona a pesar de sus maltratos o indiferencias. Cuando el modo de ser está muy restringido, realmente necesita al lado personas con dificultades serias, pues la convivencia es casi imposible y pocas personas cuerdas están dispuestas a pagar este precio por recibir a cambio tan poco. Los narcisistas no tienen una opinión elevada de sus parejas, manteniendo su autoestima calificándose como superiores que sus parejas.

Las personas con modos dependientes pueden complementar fácilmente a estos modos de ser, pues por un lado está alguien que necesita ser admirado y por el otro alguien que necesita admirar; los modos de ser miedosos o evitativos pueden entusiasmarse por compañeros fuertes que los protejan aunque tengan que pagar el precio de lo que más temen: ser descalificados. En cuanto a otros modos de ser vale la pena tomar en cuenta los comentarios de Caballo (2004b):

> Con los sujetos histriónicos también podrían hace buena pareja siempre que se ensalcen mutuamente y el histriónico no tenga una necesidad muy acosada de que lo mantengan anímicamente. El tipo narcisista es probable que choque con el paranoide, con el pasivo-agresivo, con el antisocial y con el sádico, ya que no están dispuestos a subordinar sus necesidades a las de otro. Los límites son demasiado exigentes emocionalmente y si dos personas narcisistas acaban juntas puede darse entre ellas una lucha de personalidades.

Sin embargo, es posible que se fijen en personalidades límite pues estas suelen depender de alguien y esto refuerza la sensación de grandeza, de igual forma, algunas relaciones con otros modos de ser "creídos" pueden ser durante algún tiempo funcionales si logran montar "la sociedad del mutuo elogio". Las personalidades "grandiosas" intentan buscar parejas que estén dispuestas a satisfacer sus necesi-

dades, para ello someten a las personas a través de la agresión, la manipulación racional llena de argumentos o de la culpa.

Para Caballo (2004b), la pareja de una persona con este modo de ser debe tener en cuenta que:

> No es conveniente que intente sobresalir en ningún área en común y debe tener una autoestima de hierro. Tiene que quererse a sí mismo con independencia de todo lo demás y limitarse a disfrutar de los éxitos de su compañero, focalizando la atención en esos aspectos positivos que este tipo puede aportar a la relación. La mejor forma de criticarle es haciéndolo con diplomacia y transmitiéndole a la misma vez admiración, ya que son muy sensibles a las críticas aún cuando estas sean constructivas. Podrán corregir su conducta pero nunca admitirán que se han equivocado.

Una persona sana afectivamente, con buena estructura de la personalidad y buen nivel de autoestima, difícilmente mantendrá una relación con alguien que tenga este trastorno de la personalidad, pues suelen relacionarse a partir de creencias en donde se ven como personas más inteligentes, atractivas y más sociables que los otros, no desean la intimidad o relaciones de cuidado y sus metas son obtener estima, *estatus*, poder y sexo (Campbell, K., Foster, C., Finkel, E., 2002), estando más preocupados por si mismos que por el otro al que se supone aman.

En este punto de la descripción vincular, vale la pena exponer textualmente los aportes de Dimaggio (2008a) acerca de los principales ciclos interpersonales disfuncionales de este modo de ser:

1. **Ciclo del reflejo especular.** El yo espera ser idealizado por el otro → el otro idealiza → el yo se siente íntegro, satisfecho, benévolo. Este ciclo se interrumpe cuando el otro deja de mostrar la admiración prevista, el yo entonces se siente traicionado y se vuelve crítico y vengativo.

2. **Ciclo de la idealización.** El yo admira al otro → el otro acepta la admiración → el yo espera el reconocimiento del otro idealizado → cuando el reconocimiento no llega el yo se siente humillado, ofendido, rabioso y empieza a depreciar al otro hasta entonces idealizado → la relación se interrumpe.

3. **Ciclo gemelar.** El yo espera recibir admiración y admira al otro → el otro admira al yo y se siente admirado por este → sentimiento de gran unión o comunión.

4. **Ciclo competitivo** 1. El yo espera recibir admiración → el otro no reconoce la superioridad del yo → se entra en una repetición rabiosa → el otro responde al reto → ruptura de la relación, salida del grupo, retirada a la torre de marfil.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

5. **Ciclo competitivo 2 (después de la ruptura del ciclo de la idealización)**. El yo espera recibir admiración por parte del otro que se la ha dado → el otro deja de mostrar admiración y se rebela → el yo se siente humillado y traicionado y empieza a reclamar → el otro alterna sumisión y demanda de reconocimiento → la relación adopta connotaciones sado-masoquistas.

LA PASIVIDAD Y ACTIVIDAD INCORRECTAS: PROTEGIENDO LA IDENTIDAD GRANDIOSA

Protegerse de la vulnerabilidad y del avivamiento de vivencias de descalificación e insuficiencia, así como de circunstancias que pongan en duda la identidad vanagloriada de este modo de ser, es la tarea de las estrategias de afrontamiento que le caracterizan. Este modo de ser se oculta a través de la mentira, ufanándose de logros inexistentes o exagerando aquellos que se han dado e intentado convencer a otros y a sí mismo de esta realidad distorsionada. La fantasía no tarda en aparecer soñando despiertos con el éxito y la grandeza, y manifestando ante los otros esta percepción idealizada a través de una constante autoexaltación. Todas las contradicciones, críticas o llamados de atención recibidos tienden a ser negados o anulados para no minar su credibilidad (Yudofsky, 2007). Su experiencia se basa más en fantasías que en las emociones dadas (Dimaggio, 2008a), pues por su dificultad para verse a sí mismos y su miedo a la vulnerabilidad, las mismas son borradas del campo fenoménico. La investigación del narcisismo, apoya la idea de que existe una serie de estrategias utilizadas como defensa en contra del sentimiento inaceptable de baja autoestima (Dimaggio et al., 2010).

Sus **estrategias de primer nivel** se basan especialmente en el consumo de estimulantes como la cocaína, pues a través de ella logra tener la emocionalidad coherente con sus fantasías de grandeza, sin embargo, el consumo de alcohol también puede ser utilizado como forma de mantener la desconexión y el embotamiento que requieren para aislarse de sus emociones egodistónicas. Dentro de este grupo de estrategias también se puede encontrar la búsqueda compulsiva de sexo, así como la descarga física agresiva que puede presentarse.

Las **estrategias de segundo nivel** suelen caracterizarse por hacer todo lo posible para reforzar su imagen de superioridad; comprará cosas lujosas, comerá en sitios exclusivos, buscará relacionarse sólo con gente famosa, poderosa o adinerada, competirá para poder demostrar su grandeza e incluso solicitará a los bancos, los clubes u otras entidades, servicios que implican la evaluación de su "nivel" para así corroborar su estatus. Hablan de ellos todo el tiempo, vanagloriándose y omitiendo cualquier presentación que contraríe su imagen. Están hiperalertas a los defectos,

errores o debilidades de los demás, aplastándolos, burlándose o descalificándolos para ubicarse en una posición de superioridad; sus esfuerzos se encaminan a estar "encima de los otros"; las estrategias de segundo nivel son un "sistema de alerta narcisista" que como dice Tutsch (2003):

> ... funciona siempre que el sentimiento de autoestima se ve amenazado… en la sensibilidad a la crítica, la interacción selectiva dirigida al reconocimiento y el odio hacia todo lo que genere malestar, y la depresión que encubre todo el dolor en una falta de sensibilidad. La fragilidad de estos esfuerzos es evidente. El marco se rompe fácilmente, se perfora, y la falta de perfección se hace evidente. Una carencia interna de sentimientos y un vacío, cruzado con una incertidumbre del yo en cada situación dudosa lleva a una nueva búsqueda del equilibrio y de la satisfacción. De esta forma la vida permanece en blanco, el ego permanece retardado y no puede experimentar nada en la vida. La parte grandiosa de la personalidad se vuelve aun más comprometida con las maquinaciones para el mantenimiento de su divinidad. Las afirmaciones y los valores como "puentes principales" de la existencia son deficientes. No existe un "tu" o un desarrollo personal.

Dentro de las estrategias más utilizadas se encuentran:

1. **Estrategias de ubicación privilegiada**. Asistiendo sólo a ciertos sitios, relacionándose sólo con ciertas personas y en general, buscando permanecer en el terreno de los VIP. A los narcisistas les gusta estar rodeados por gente exitosa o popular. Para obtener este contacto, pueden ser encantadores, coquetos, y agradables. Como dice Campbell, K., Foster, C., Finkel, E. (2002): "A los narcisistas les gusta estar rodeados por gente exitosa o popular. Para obtener este contacto, pueden ser encantadores, coquetos, y agradables", y si no pueden lograrlo, preferirán no exponerse.

2. **Estrategias de autoexaltación.** Vendiéndose todo el tiempo como el mejor producto posible y acumulando objetos que les brinden posibilidades de una mejor venta ante los demás, su intención es ser vistos como seres "distintos y especiales" que son deseables y sujetos de admiración; únicos, divinos y exclusivos.

3. **Estrategias de corroboración.** Haciendo cosas para que los demás los admiren o los halaguen u ostentando su poder humillando a sus parejas, empleados o compañeros, especialmente si son subordinados o personal a cargo, en donde corren menos riesgo de ser confrontados. Estas estrategias buscan la regulación interpersonal a través de la corroboración de su sentimiento de superioridad, amenazarán, harán comentarios explícitos acerca de "quien es el jefe acá" e incluso se exhibirán para llamar la atención y obtener corroboración de sus acciones; cuando no pueden sentir esta corroboración, pueden simplemente tomar

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

el crédito por los logros de otras personas o culpar a los demás por sus fracasos (Campbell, K., Foster, C., Finkel, E., 2002).

4. **Estrategias de combate.** Para defenderse de aquello que perciben como una descalificación o amenaza a su imagen de superioridad, de esta forma, descalificarán verbal o actitudinalmente, y en algunos casos con agresividad explícita que puede alcanzar el agravio físico.

Este cúmulo de estrategias se utilizan indistinta y constantemente, hablan mal de las personas, las critican cada vez que pueden o las rechazan a su capricho. Sus estrategias son su propia trampa de soledad. Como dice Caponni (1987) "en el trastorno de personalidad narcisista la disfunción yoica fija al sujeto en una interacción independiente y de manera pasiva. Psicopatológicamente es un independiente-pasivo", es decir, en términos logoterapéuticos usa la pasividad y actividad incorrectas. La pasividad incorrecta huyendo del riesgo de destruir su imagen gloriosa, escapando de figuras más fuertes a quienes no puede someter o de situaciones en donde su imagen puede verse seriamente afectada, como forma de esta pasividad utiliza las estrategias de "ubicación privilegiada" y de "autoexaltación" para disminuir riesgos ante aquellos que no pertenecen a sectores tan exclusivos, así como con personas ante quienes consideran deben ubicarse a "su mismo nivel". La actividad incorrecta se expresa luchando en algunos contextos en donde puede someter a otros, utilizando estrategias de "corroboración" para poder demostrar su superioridad o estrategias de "combate" para destruir a su enemigo.

ACEPTANDO LA INTIMIDAD Y LA HUMILDAD: ACTIVIDAD Y PASIVIDAD CORRECTAS

La pasividad y la actividad correctas en este modo de ser se logra a través del aumento de la autocomprensión, en donde se develan las estrategias de afrontamiento que utiliza ayudándoles a tomar distancia de sí; de igual forma, la autocomprensión se centra en reconocer las áreas vulnerables, el mundo emocional y la dinámica de sus sentimientos. La autocomprensión implica aceptar su participación en las cosas que suceden, en los conflictos interpersonales en los que se encuentran, en sus fracasos y dolores. Se moviliza la capacidad de autorregulación aumentando la tolerancia al malestar y la aceptación de las emociones que surgen ante la descalificación, se pone en marcha el poder de oposición de la persona humana ante los mandatos del organismo psicofísico y se trabajan los rasgos defensivos del consultante. La persona que se autorregula aprende a ejercer la paciencia, a detenerse, pensarse y aceptar que las cosas no siempre salen como se quiere, ni el mundo gira a su alrededor; logra empezar a hacer renuncias para superar su egocentrismo y a

pensar en los otros superando su egoísmo, entregando las armas que suele utilizar y oponiéndose a la tentación de obligar a los demás a que le den un lugar de reconocimiento.

La persona logra verse a sí misma, reconociendo y aceptando lo que siente y lo que piensa, aprendiendo a exponer estos contenidos con su terapeuta y a generar espacios graduales en donde puede manejar su soledad y la ausencia de reconocimiento. La persona moviliza su capacidad de autoproyección viéndose a futuro sin fantasías narcisistas, diferenciando entre lo posible y aquello que es sólo una manera de disminuir el dolor de no ser valorado y reconocido.

La persona es capaz de diferenciarse de los demás, aceptando radicalmente el hecho de no poder obligarles a que le admiren, permitiendo que los otros tomen decisiones independientes y empezando a identificar qué es lo propio y qué es lo ajeno; la diferenciación le permite reconocer las emociones de las demás personas, aceptando su participación en la generación de las mismas y permitiéndoles que sientan lo que sienten. Moviliza su capacidad de diferenciación para discernir y aprender a decodificar el impacto contraproducente de sus intervenciones en las demás personas, descubriendo su participación en las reacciones que tienen los demás y en cómo ello fomenta un ciclo interpersonal que mantiene su narcisismo. A través de la movilización de su capacidad de afectación se permite experimentar y aceptar las sensaciones que le despierta reconocer los valores en los demás, sin dejarse ganar por la envidia e incluso experimentando la alegría del éxito de otros; trabaja por aumentar su autoestima, dándose el permiso de resonar afectivamente, brindándole a la emocionalidad su verdadera dimensión. Su autocomprensión y su capacidad de afectación le permiten reconocer sus aspectos positivos, sus valores y cualidades sin exagerarlos; es capaz de aprender a amar a otros y mirarlos con respeto, compasión, consideración y amor.

Desarrolla estrategias de cuarto nivel, aceptando aquello que no se puede cambiar, renunciando al deseo de ser admirado y reconocido por todo el mundo, encontrando sentido de vida en el cambio que se está dando, aprendiendo a disfrutar las cosas simples de la vida y permitiéndose vivir ocasionalmente el aburrimiento, la falta de aceptación, la soledad, el rechazo y la tristeza.

© **Editorial El Manual Moderno** Fotocopiar sin autorización es un delito.

ENTRE LA AUTOESTIMA REAL Y LA FANTASÍA GRANDIOSA

Cuando hablamos de la zona oscura de este modo de ser y observamos las manifestaciones fenomenológicas de la persona a través de un organismo psicofísico seriamente afectado, la impresión es realmente desastrosa y tal vez pocos terapeutas desearían tratar a este tipo de consultantes; sin embargo, esto tan solo es una cara de la moneda, pues el terreno libre y la zona luminosa de esta personalidad es bastante agradable y deslumbrante, siendo este el momento de aclarar que una cosa es un estilo de personalidad y otra muy distinta un trastorno.

¿Quién no disfruta de la compañía de personas que inspiran seguridad?, ¿a qué mujer no le atraen los hombres que proyectan la imagen de poder protegerlas y cuidarlas?, ¿Qué empresario no desea contar en sus directivas con personas que tienen un buen nivel de habilidades sociales y excelente capacidad para negociar?. El modo de ser grandioso que se encuentra en el extremo del continuum en donde les es posible expresar su libertad, suele generar sensaciones de seguridad en las personas que les rodean, son agradables, carismáticos y líderes en los grupos en los que se mueven, y si bien, no necesariamente son admirados en todos los escenarios en los que participan, los contextos laborales y deportivos suelen ser espacios privilegiados para su mejor desenvolvimiento. Dentro de sus características se pueden contar:

- Cuando hablan de sus logros, siempre son reales y proporcionados.
- Su autoestima es real.
- Creen en sus capacidades.
- Brindan un trato amable y exigen recibirlo.
- Son excelentes negociantes.
- Las personas no experimentan pedantería cuando están escuchándolo hablar de sí mismo.
- Hablan de sus éxitos sin exagerarlos.
- Pueden trabajar en equipo y aprovechar las cualidades de los demás miembros del grupo.
- Son líderes que inspiran confianza y pueden ser humildes a pesar de la gran confianza que se tienen.
- Tienen grandes aspiraciones pero no se meten en tareas que los excedan.
- Les gusta competir y aunque no les gusta perder, pueden soportarlo sin problema.
- Acepta los cumplidos sin engrandecerse.
- Son sensibles a la crítica pero pueden manejarla sin alterarse.
- Le gusta compartir con personas excepcionales.
- No le molesta no ser centro del elogio.

Es mucho lo que se encuentra en la literatura psicopatológica acerca del trastorno narcisista de la personalidad; sin embargo, es realmente poco lo que puede verse del estilo de personalidad o de las zonas luminosas de este modo de ser. En el terreno de la libertad o del estilo de personalidad la persona cree en sus habilidades y en sí misma, son creativos, estables, adaptados, orientados al logro, con mayor ajuste y menos dificultades psicológicas (Luchner, A., Moser, C., Mirsalimi, H., Jones, R., 2008). Una buena dosis de amor propio es balanceado y se basa en la realidad, reconoce los propios límites y no descalifica a los otros (Smith, 2003).

Millón (2001) realiza algunas comparaciones que pueden ser útiles al momento de evaluar el nivel de restricción que posee una persona con este modo de ser, a continuación se presenta una descripción resumida de estas diferencias retomando cada uno de los criterios del DSM:

Criterio uno
Mientras que la persona con un trastorno tiene un sentido exagerado de autoimportancia y espera que los demás reconozcan esto, las personas que tienen el estilo poseen una autoestima saludable basada en logros verdaderos, aunque se sobreestime un poco.
Criterio dos
Mientras que la persona con un trastorno fantasea con éxito, belleza, dinero y poder, la persona que posee el estilo proyecta confianza más que omnipotencia y tiene planes mejor definidos.
Criterio tres
La persona con un trastorno cree que es especial y que sólo lo comprenden seres especiales, mientras que el estilo prefiere la compañía de gente con talento, pero no siente desprecio por los demás.
Criterio cuatro
El individuo con un trastorno exige admiración excesiva, la persona que sólo posee el estilo acepta elegantemente los cumplidos sin un excesivo engrandecimiento.
Criterio cinco
Mientras que la persona con un trastorno se muestra pretensiosa, el individuo con un estilo suele ser humilde en vez de eliminar la humildad.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Criterio seis
La persona con un trastorno explota a los demás, mientras que en el estilo aprovecha las virtudes de quienes lo rodean sin sobrepasarse.
Criterio siete
Mientras que con un trastorno no logra sentir empatía por otros, en el estilo puede tomar distancia de sus preocupaciones y mostrarse sensible hacia los demás.
Criterio ocho
Mientras que el trastorno envidia a quienes son mejores en algo, en el estilo es capaz de admirar a los otros y tomarlos como ejemplo.
Criterio nueve
En el trastorno se es arrogante, quien presenta el estilo tiene confianza en sí mismo y es capaz de mostrar generosidad o altruismo.

La modalidad libre de este modo de ser grandioso, tiene zonas luminosas admiradas por otros modos de ser, pues como dice Caballo (2004b):

> Las personas con un estilo narcisista saben lo que quieren y cómo conseguirlo. Son hábiles para conquistar a los que tienen a su alrededor. Se caracterizan por una gran ambición, llegando a convertir sus sueños en realidad, como conseguir buena imagen social y un puesto de poder que les haga ser personas importantes y llenas de méritos. Son seguros de sí mismos y motivan a los demás, a quienes suelen dirigir dado su carácter emprendedor y de liderazgo. Poseen autoestima y amor propio elevados potenciando lo que saben son sus puntos fuertes y negando sus defectos.

Es por ello que, si bien, nadie es perfecto, aceptar las diferencias y aprender a convivir pueden ser estrategias adecuadas para disfrutar de la compañía de este modo de ser.

LAS PERSONALIDADES DEL MODO DE SER GRANDIOSO

Como bien se sabe, la personalidad es una expresión compleja con una configuración única que tiene diferentes insumos; en el caso del modo de ser grandioso suele ser frecuente encontrar aportes de los modos de ser histriónico y antisocial, aunque pueden encontrarse aportes de otros rasgos como el "miedoso" o evitativo, matizados por el propio temperamento y la libertad humana.

Cuando el modo de ser "creído" recibe aportes del rasgo **"sin límites" o antisocial**, exagera la importancia que se da a sí mismo mintiendo de forma descarada, se siente superior y considera que las reglas son inaplicables a su caso especial, parecería no tener escrúpulos ni moral alguna, es desleal, explotador, fraudulento y estafador, se ve arrogante, despectivo y vengativo, sin importarle el bienestar de otros y con una empatía mínima (Bockiani, N., Jongsma, 2001). Millón (2001) los llama, los narcisistas sin principios y los caracteriza como personas que:

- Se mantienen en los límites con la ley.
- Desarrollan problemas de adicción o delincuencia.
- Algunos son oportunistas, timadores y charlatanes.
- Son vengativos y despectivos.
- Son desleales y explotadores.
- Son arriesgados y no temen hacerse daño.
- Se gratifican humillando y dominando a los demás, así como al abusar de la confianza que han ganado.
- Están completamente centrados en sus intereses y son indiferentes a la verdad.
- Mienten con frialdad cuando son confrontados y al ser descubiertos se muestran fríos.

Este modo de ser esta matizado por la carga que aporta el rasgo, siendo preponderantes los aportes del modo de ser grandioso y en un segundo lugar la antisocialidad, mezcla compleja y delicada debido al daño que en su modalidad restringida pueden hacerle a las demás personas.

Cuando se presenta este modo de ser acompañado de aportes del modo de ser **"actoral" o histriónico** la combinación de la búsqueda de admiración con el egoísmo, generan una expresión compleja con potencial seductor gigantesco, pues al combinar las características de estos modos de ser, su especialidad se convierte en mantener la gente a su servicio a través del enamoramiento que inducen y el manejo exagerado de su sexualidad; su autodistanciamiento es mínimo y el contacto consigo mismo y con sus emociones auténticas es casi inexistente.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Los aportes del modo de ser **"miedoso" o evitativo** son denominados narcisistas compensadores, compartiendo el miedo a la descalificación y a la inferioridad, en palabras de Millón (2001):

> Son excesivamente sensibles a las reacciones de los demás, detectan cualquier juicio crítico y se sienten desairados por cualquier signo de desaprobación… Aunque suelen poseer cierto grado de introspección sobre sus mecanismos, se excusan mediante fantasías de grandeza y logros personales. Algunos de ellos aplazan constantemente la realización de cualquier tarea por miedo a la evaluación ajena. En lugar de vivir sus propias vidas, suelen perseguir un papel de liderazgo en un teatro falso e imaginario totalmente desconectado del mundo real. Cuando la realidad les amenaza, se defienden mostrándose más y más arrogantes y ajenos a ella, hasta que desaparece el estímulo amenazador.

Algunas veces se encuentran modos de ser con aportes de la personalidad **"intensa" u obsesiva-compulsiva,** generando configuraciones que buscan el perfeccionismo y que intentan educar a las personas a través de sus acciones, mostrándose como superiores al ser ellos quienes enseñan a otros y al mismo tiempo planteándoles un "deber-ser" bastante rígido e inflexible. El control de sus emociones y la evitación de la vulnerabilidad son su lema central.

También es posible hablar de varios tipos de narcisistas, especialmente el tipo grandioso-exhibicionista y el tipo vulnerable, encubierto o depresivo (Atlas, G., Them, M., 2008, Dickinson, K., Pincus, A., 2003, Luchner, A., Moser, C., Mirsalimi, H., Jones, R., 2008, Levy, K., Reynoso, J., Wasserman, R. Clarkin, J., 2007**,** Rodin, G., Izenberg, S., 1997); en cuanto al tipo grandioso, estos se autoafirman, están autocentrados y no se preocupan por los otros, se sienten personas grandiosas, son arrogantes, se creen personas privilegiadas, son explotadoras, envidiosas, con una sensación aumentada del propio valor y no logran ver el impacto que tienen en las demás personas; como dice Dickinson, K., Pincus, A., (2003):

> La persona narcisista grandiosa tiende más a regular la autoestima a través de una autoelevación abierta, de la negación de las debilidades, de las demandas intimidantes de privilegios, de la rabia consistente ante las expectativas no cumplidas, y de la devaluación de las personas que amenazan su autoestima. Ellos tienen una conciencia disminuida de la disonancia entre sus expectativas y la realidad, así como del impacto que esto genera en las relaciones. Las fantasías de grandiosidad son aspectos de la presentación abierta de la persona. Cualquier conflicto del ambiente es generalmente experimentado como externo y no como una medida de sus propias expectativas irreales.

En el otro terreno del narcisismo, encontramos al encubierto o vulnerable, caracterizado por gran sensibilidad hacia la crítica de los otros (Atlas, G., Them, M., 2008), son autoinhibidos, tienen una sensación de poco valor y son parecidos al

evitador con rasgos narcisistas, suelen reportar mayor frialdad interpersonal, malestar y conciencia de su hipersensibilidad (Atlas, G., Them , M., 2008). Una sutil pero útil diferencia entre estos dos modos de narcisismo es dada por Dimaggio et al (2010) al decir:

> La perspectiva alternativa propuesta acá es que los pacientes cambian entre los estados; si el estado grandioso (con fantasías subyacentes de inferioridad) predomina, estos se acercan al narcisismo abierto; si el estado inferior (con fantasías subyacentes de grandiosidad) predomina, se acercan más al prototipo encubierto.

AUMENTANDO LAS DIFERENCIAS: EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En cuanto a las diferencias planteadas con el **modo de ser dependiente**, la autoestima no proviene del otro, más bien confirma en el otro su superioridad; sin embargo, como dice Caponni (1987): "en un sentido más genérico depende de los demás, ya que cuando no logra confirmar su sobrevaloración, se descompensa. Por eso en su interacción con los demás está preocupado por ser adulado y admirado, especialmente por aquellos a quienes idealiza" y aunque es difícil encontrar esta combinación en términos de personalidad todos los matices pueden expresarse.

Con relación al modo de ser **"intenso" u obsesivo compulsivo**, podrían generarse confusiones ya que los dos buscan el perfeccionismo, sin embargo, los modos de ser intenso son críticos consigo mismo (Oldham, 2007, Caballo, 2004b) y no sienten que hagan las cosas totalmente bien, siempre les hace falta algo; mientras que el modo de ser "grandioso" cree que ya es perfecto.

El **modo de ser "actoral" o histriónico** al igual que el dependiente no tiene una autoestima que provenga de sí mismo (Caponni, 1987) como en el caso del narcisismo, ni manifiesta la grandiosidad típica que ellos tienen (Caballo, 2004b). En palabras de Millón (2001): "Tanto los narcisistas como los histriónicos pueden ser encantadores, y ambos disfrutan siendo el centro de atención", sin embargo, mientras el histriónico busca activamente la atención de los demás, el narcisista es pasivo pues considera que no necesita hacer nada para ser admirado. El modo de ser grandioso se considera excepcional y por eso debe ser admirado, mientras que el modo de ser histriónico no se considera especial y por ello debe esforzarse para que los demás lo admiren, generando cierta dependencia hacia los otros, actitud insoportable para el modo de ser "grandioso". "Los narcisistas prefieren mantenerse por encima de la necesidad de relacionarse. Por el contrario, los histriónicos desearan desesperadamente tener relaciones y dedicarse a crear un "banco de contactos" que pueda ser explotado (Millón, 2001)."

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

En cuanto al modo de ser **"sin límites" o antisocial** las diferencias se confunden al tener el mismo desprecio por las normas y la autoridad, sin embargo, en la antisocialidad pura no hay autoexaltación ni sensación de grandeza como en el narcisismo. Según Caballo (2004b): "Ni antisociales ni narcisistas presentan empatía, son de carácter duro y superficial, pero el narcisista no tiene porque haber presentado un comportamiento delictivo", y aunque los dos explotan a los demás, el modo de ser "grandioso" parece no percatarse de ello. Su visión del mundo también es diferente, pues como dice Millón (2001):

> El narcisista presenta una actitud de calma despreocupada, de estar por encima de las tensiones de la vida cotidiana. Por el contrario, el antisocial ve el mundo como un lugar intrínsecamente hostil en el que cualquiera puede ser un agresor en potencia y en el que la ira impulsiva tiene un propósito funcional: la mejor defensa es un buen ataque.

No siempre es fácil hacer estas diferencias pues suelen encontrarse estos rasgos juntos, siendo muy grave para el mundo que les rodea.

El modo de ser **"desconfiado" o paranoide** suele aislarse con frecuencia, situación poco común en el modo de ser "grandioso", sólo presentándose si hay que ocultar sus defectos (Caballo, 2004b); mientras que el modo de ser "creído" atrae a los demás, los desconfiados se alejan, mientras en el narcisismo se busca la gloria sin límites, en la paranoia se mantienen los éxitos en secreto, pues suelen ser desconfiados y desconfían de otros. Los narcisistas inspiran lealtad y confianza mostrándose fríos y sobrios, y no tan irascibles como los modos de ser desconfiados (Millón, 2001).

El modo de ser **"límite" o desregulado** posee una labilidad emocional como un producto mixto de necesidades irreales como la necesidad de un cuidador fuerte para manejar sus miedos de ser independiente (Dickinson, K., Pincus, A. (2003), mientras que en el narcisismo, la labilidad y desrregulación emocional depende de necesidades reales en donde se siente atacado o desvalorado. Las personas con trastorno límite son muy perceptivos y muy buenos leyendo las emociones de las respuestas de las otras personas, situación que no sucede en el narcisismo (Smith, 2003).

El modo de ser **"evitativo" o miedoso** puede confundirse con la forma de narcisismo denominada encubierta, sin embargo, en esta forma de narcisismo, los síntomas de evitación tienen que ver más con el núcleo de expectativas de privilegio que con la interacción interpersonal, es decir, el modo de ser evitativo se aísla y evade a los demás por el miedo de ser rechazado o burlado, mientras que el modo de ser narciso lo hace cuando ve que no podrá lograr ser admirado por esas personas.

Otras posible confusión, suele darse con el trastorno bipolar, especialmente en las fases maníacas, sugiriendo que la manía debe considerarse en el diagnóstico diferencial del trastorno narcisista, siendo necesario diferenciarlo más claramente (Levy, K., Reynoso, J., Wasserman, R. Clarkin, J., 2007).

LAS GRIETAS SINTOMÁTICAS DE ESTE MODO DE SER

Tarde o temprano esta forma de ser trae algunas consecuencias que por lo general tienden a ser negadas, pues como ya se ha visto, aceptar necesidades o enfermar va en contravía de la imagen grandiosa que se proyecta.

Los síntomas más frecuentes están asociados al abuso de sustancias, especialmente a drogas como la cocaína que generan experiencias vivenciales que confirmar la identidad que este modo de ser intenta tener, agravándose el problema, pues se fomenta la negación característica de la adicción y común a este modo de ser.

Millon (2001), plantea la presencia de trastornos de ansiedad, trastornos delirantes y trastornos del estado de ánimo. La ansiedad flotante aparece de seguro en los estados de vacío y la presencia de riesgos de descalificación, sin embargo tal vez lo más común sea la depresión o la distimia, pues como bien dice Caballo (2004b) citando a Ronningstam, (1993):

> Con respecto a la presencia de otros trastornos conjuntamente con el TNP, la mayor comorbilidad relativa a los trastornos del Eje I ha sido con la depresión mayor y la distimia (42-50%), seguido de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (24, 50%) y el trastorno bipolar (5-12%).

Valdría la pena incluir en esta sección, la común presencia de neurosis noógenas y de vacío existencial que suelen experimentarse fruto de la exagerada voluntad de poder, así como de las disonancias generadas en la identidad al chocar la imagen majestuosa que se tiene de sí mismo con la realidad experimentada en la vida cotidiana.

Si bien, el suicidio no se puede contemplar como un síntoma, el mismo si puede ser una manifestación explosiva del narcisismo y puede presentarse a pesar de la ausencia de depresión (Levy, K., Reynoso, J., Wasserman, R. Clarkin, J., 2007). Los síntomas en el narcisismo suelen presentarse durante varios años, siendo los síntomas internalizantes como los trastornos de ansiedad y depresivos, y los síntomas externalizantes como los trastornos de la conducta, los más presentes (Crawford, T., Cohen, P., Brook, J., 2001).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

SOBREVIVIENDO A LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Tener un carácter frágil como terapeuta, una personalidad miedosa o insegura, un modo de ser ansioso o con miedo a la descalificación son presagios del fracaso en la relación terapéutica o por lo menos de momentos bastante difíciles y de gran cuidado, pues cuando este modo de ser observa el mínimo temor, titubeo o temblor por parte del terapeuta, el mismo cae en desgracia, es descalificado y no tomado con seriedad. Realmente sobrevivir a la relación terapéutica, utilizarla como instrumento de cambio, mantener la autoestima sólida y saber navegar en la mente y el corazón del modo de ser "grandioso" son los requisitos para poder ayudarle. Según Smith (2003):

> Los patrones de transferencia que tienden a emerger en la relación terapéutica incluirán demandas de apoyo y admiración; un deseo de controlar la terapia; rabia y desaprobación al terapeuta que fracasa en satisfacer sus necesidades y una alta probabilidad de retirarse del tratamiento cuando aparezca la "primera piedra en el camino". La demanda inicial es que el terapeuta se una a ellos en vez de que colabore en ir en contra de los patrones maladaptativos del paciente.

Motivo por el cual, caminar con cuidado y gradualmente, es la estrategia fundamental para el cambio.

En principio, la relación terapéutica tiene una velocidad lenta ya que pedir ayuda no es el interés de estas personas, ver sus dificultades, plantearlas y reconocerlas ante otro ser humano va en contravía de su autoimagen agrandada, generalmente asisten a terapia por la presencia de algún síntoma o problema del Eje I y no propiamente debido a su personalidad que en muchos casos es egosintónica; es por ello que en principio no es tan útil develar lo que realmente hay en el fondo del organismo psicofísico, siendo mas útil lograr que la persona obtenga beneficios inmediatos de la terapia y así pueda empezar a respetarla, como recomienda (Yudofsky, 2007):

> Mostrar respeto por el paciente, evitar las luchas de poder, demostrar paciencia ante la resistencia del paciente a ganar introspección sobre los problemas psicológicos o interesarse en la terapia, y proporcionar diferentes puntos de vista sobre los temas fundamentales para la calidad de vida del paciente, son elementos que el terapeuta puede utilizar para facilitar el compromiso. Muchos pacientes se desilusionan con la psicoterapia cuando al principio el clínico les hace muchas preguntas y no les explica algo que aun no sepan.

La tendencia a la descalificación implica una relación terapéutica inicial entre un "experto" y alguien tan especial y exclusivo que sólo puede ser atendido por un terapeuta brillante y de gran reconocimiento; para el terapeuta es necesario mostrar –en principio– su competencia técnica y académica, sin exagerar ni dejar

la sensación de estarse ubicando por encima del consultante, pues esto genera de inmediato un ciclo de competencia nada útil, ya que la colaboración para acceder al mundo emocional se bloquea y se genera gran distanciamiento. Es importante realizar un buen encuadre terapéutico clarificando los alcances de la terapia y operacionalizando los problemas del consultante sin señalar de forma exagerada la importancia de trabajar la personalidad, pues este objetivo –que es el más importante– surgirá más delante de forma natural (Caballo, 2004b). Cuando el terapeuta ha sorteado con éxito "la evaluación" inicial de competencia que el consultante le ha hecho, se enfrenta a una dificultad mayor: La idealización que hará el consultante de su terapeuta, pues necesita alguien grande y capaz que realmente pueda ayudarle, especialmente si este modo de ser es del tipo que llega a reconocer sus problemas pero los plantea en términos de "soy el caso más difícil que usted ha tratado" o "de seguro, no hay una persona tan compleja y complicada como yo". Este endiosamiento que el consultante hace de su terapeuta no dura mucho, generando frustración y rabia que suelen expresarse a través de descalificaciones y conductas desdeñosas con el terapeuta quien debe tener la habilidad terapéutica de utilizar esta circunstancia para el bien de la terapia, sin personalizar nada de lo que el consultante diga y haga, realizando intervenciones que le permitan relacionar lo que está pasando con otras vivencias relacionales en donde se ha dado lo mismo, sin olvidar que posiblemente el consultante no tenga tanta claridad acerca del contenido emocional de lo que está experimentando pues acceder a su emocionalidad no le es fácil.

Al principio de la relación suele ser común en el terapeuta una sensación de lejanía, extravío y de no comprensión acerca de lo que le sucede al consultante, de su problema o motivo de consulta, hablar en tercera persona, teorizar, mostrarse alexitímico le dificultan al terapeuta percibir la demanda del consultante y lo invitan a pensar que el consultante no está interesado en el proceso terapéutico (Dimaggio et al., 2008b), el terapeuta puede empezar a sentirse aburrido ante tal desinterés o experimentar tensión emocional al saber que se acerca la cita con alguien ante quien puede correr riesgo de ser humillado o descalificado. Las emociones del terapeuta son una de las principales herramientas de trabajo en la psicoterapia de este modo de ser. Según Beck (2005): "Las características defensivas de este trastorno pueden fácilmente provocar el aburrimiento, la ansiedad, la comisión de errores y la adopción de posturas defensivas por parte del terapeuta", confirmando de esta forma la necesidad de utilizar la pasividad y actividad incorrectas para relacionarse, generando en el terapeuta torbellinos emocionales que desafían su capacidad profesional, sintiendo disgusto ante algunas respuestas abusivas o inmorales, otras veces experimentando orgullo ante los halagos que a veces les hace alguien tan "grandioso" y en muchas oportunidades sintiendo miedo o ansiedad ante los ataques a la autoestima que estas personas profesan continuamente; cualquiera de estas reacciones emocionales mal manejadas pueden afectar negativamente el proceso terapéutico, siendo por ello tan necesaria la supervisión.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Durante las sesiones el terapeuta puede sentirse despreciado, algunas veces adulado y otras veces aplastado, siendo necesario salir de la posición de desvalorizado a través de una postura de alguien con competencia o confrontando la falta de confianza del consultante (Dimaggio et al., 2008b), no hacer esto finaliza en la baja adherencia y abandono de la terapia pues como ya se ha dicho, dejarse aplastar por la "superioridad" del consultante le confirma su sensación de endiosamiento que implica no necesitar de nadie y menos de una persona "inferior" que no brinda credibilidad; siendo otro de los riesgos de la relación, la confrontación, pues aún en el grado más bajo, será experimentada como una crítica devastadora (Smith, 2003).

Una vez se ha entablado la relación, el terapeuta debe estar alerta para identificar rápidamente cuando sus intervenciones movilizan los ciclos protectivos del consultante, deteniendo la terapia y señalándolos en medio de la sesión, utilizando de esta forma la relación terapéutica como instrumento para aumentar el autodistanciamiento; de igual forma, puede develar las emociones que le despiertan las actitudes del consultante –haciéndolo sin caer en una postura de víctima o de dominado– para ayudarle a la persona a identificar las reacciones que sus acciones generan en los otros. Algunos consultantes presentan un fuerte temor al cambio pues consideran que si bajan su cabeza o prepotencia serán muy lastimados por los demás o sencillamente no pueden soportar verse diferentes en este sentido, por ello pueden percibir la terapia como una amenaza (Beck, 2005) que debe ser disipada con la compañía constante del terapeuta en términos de "yo te acompaño a que tú te sanes" y no "yo te voy a sanar". Los consultantes con este modo de ser esperan un trato especial e intentan reorganizar las formulaciones que el terapeuta hace, modificando las tareas que se les proponen y dándoles un toque personal que las mejore; vale la pena decir en este punto que pocas personas son tan comprometidas con el desarrollo de tareas, siendo este modo de ser un excelente trabajador cuando ha sido bien enganchado en la relación terapéutica. Cuando la relación lo permite, es posible empezar a plantear pequeñas renuncias al rol que se ha mantenido por tanto tiempo, invitándolos a que busquen a quien admirar o de quien aprender, incluso presentándoles la humildad como algo que sólo los "grandes" logran, teniendo cuidado de estar en el punto pertinente de la relación terapéutica pues de lo contrario este tipo de intervenciones sólo reforzarían el narcisismo y no serían escuchadas con el oído del corazón, pues como dice Dimaggio et al. (2008b):

> El psicoterapeuta plantea sus intervenciones después de preguntarse como evitar los ciclos interpersonales negativos. Deberá comprender cuales son los personajes que habitan la escena de la terapia, cual es su posición dentro del diálogo, en que modo ésto aumenta la disfuncionalidad de la relación y, si es el caso, cómo pararlo.

Mantener la relación profesional con estos consultantes pasa por ser muy estratégico, ágil y relativamente virtuoso en términos de la paciencia, la tolerancia

y la seguridad personal; sin embargo, es necesario jugar con ciertos movimientos que colaboran para el mantenimiento de la relación, dentro de estos trucos está el manejo diplomático de las críticas, connotándolas positivamente en términos de "sólo personas con gran nivel pueden soportar críticas como estas", hay que reforzar las cualidades de la persona, reconocer constantemente sus logros y generar reflexiones y comentarios favorables que vayan en consonancia con la personalidad del consultante (Beck, 2005, Yudofsky, 2007), el reto positivo puede ser útil, al plantear las tareas terapéuticas en términos de "no pensaba darte esta tarea en este momento del proceso, pero has mostrado tanta capacidad y tanta fuerza que estoy seguro que ya estás listo para hacerla".

Es importante recordar la recomendación de Bender (2007): "Para tales pacientes, otras personas incluido el terapeuta no existen como individuos aparte, sino simplemente como objetos que gratifican sus necesidades. El clínico debe tolerar este estado de cosas, en ocasiones durante un período prolongado", la capacidad de diferenciación debe ser trabajada en el consultante, pero para ello se requiere de una virtud terapéutica especial: la paciencia, que como expresa Acevedo (2007) "paciencia es lo que uno usa cuando se agota la paciencia". Este modo de ser puede ser realmente hiriente con su terapeuta, pues son hábiles para detectar las debilidades del mismo,

> ... demandas como no pagar las sesiones a las cuales no han asistido o hacer que estas duren más de lo debido, o bien llegar tarde y pretender hacer la sesión completa, cambiar las reglas del juego respecto a acuerdos sobre tareas, todo ello haría saltar los nervios hasta del más empático de todos los psicoterapeutas… el terapeuta tiene que buscar un equilibrio entre autoridad, sumisión y prepotencia (Dimaggio et al., 2008b).

Los límites deben ser flexibles y deben modificarse dependiendo del momento en el que se encuentre la relación, a veces habrá que alargar un poco la sesión, otras veces no se debe ceder tanto, pero siempre hay que guardar un trato ajustado a la necesidad del consultante y al momento del proceso en el que se encuentra, pues existen muchas circunstancias en las cuales el aflojamiento del encuadre es útil (Luchner, A., Moser, C., Mirsalimi, H., Jones, R., 2008), así como la autoapertura puede aportar al aumento de la conciencia.

Cuando el terapeuta comparte este modo de ser con el consultante, la relación puede convertirse en una competencia de poderes y aunque en principio se puede desarrollar la "sociedad del mutuo elogio" y la fase de endiosamiento, con el paso del tiempo la relación se hace tirante; sin embargo, asistir a grupos de apoyo o gozar de una buena supervisión, puede prevenir el extravío y el mal manejo de los límites interpersonales. Frente a este tema, vale la pena citar la reflexión de Luchner et. al. (2008) al decir:

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Los terapeutas que tienen dificultades reconociendo sus sentimientos hacia los clientes pueden crear una expectativa de que la relación terapéutica está libre de reacciones negativas. La negación de los sentimientos en la terapia puede soportar y eventualmente exacerbar la dificultad del terapeuta de expresar emociones, y potencialmente obstaculizan el proceso terapéutico.

ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL MODO DE SER GRANDIOSO

Las personas con este modo de ser pocas veces ingresan a tratamiento y cuando lo hacen suelen solicitar ayuda para algunos de sus síntomas sin lograr detectar que su problema más serio esta en el terreno de la personalidad (Caballo & cols., 2004b, Millon, 2001), otros asisten debido a problemas interpersonales generados por su agresividad (Beck, 2005), situación que sumado a todo lo ya visto amerita centrar el tratamiento en la relación.

El tratamiento de una psicoterapia centrada en el sentido se enfoca –entre otras cosas– en ampliar el margen de libertad de la persona frente a lo que le acontece, sin embargo, debido a la dificultad para demandar ayuda y generar vínculos existenciales, uno de los objetivos centrales es el de establecer un verdadero encuentro entre el consultante y el terapeuta, situación que hace la psicoterapia más lenta de lo que podría parecer en un principio, siendo recomendable buena supervisión y prudente velocidad en el proceso terapéutico.

El abordaje terapéutico de este modo de ser implica:

1. Generar una relación terapéutica que facilite el proceso de cambio, utilizando la relación para aumentar el autodistanciamiento de la persona frente a sus relaciones interpersonales.
2. Avivar los recursos noológicos y los factores noéticos concretos.
3. Cambiar las estrategias de afrontamiento por pasividades y actividades justas.
4. Trabajar el vacío existencial y las disonancias con la identidad construída.
5. Regular la autoestima en términos realistas.
6. Asumir la responsabilidad en la vida, en las relaciones interpersonales planteadas y en su forma de establecer un proyecto vital.
7. Reconciliarse con el organismo psicofísico y en particular con la emocionalidad que se posee.
8. Alcanzar la humildad y el lugar que le corresponde en el mundo.

El proceso terapéutico tiene los siguientes momentos:

1. **Momento inicial.** Centrado en el establecimiento de la relación terapéutica a partir de los puntos expuestos con anterioridad y en el desarrollo de una buena evaluación que implica un trato bastante diplomático, pues como ya se ha dicho, este modo de ser no entra a terapia por sus características personales sino por algún síntoma generalmente no asociado por la persona a su personalidad. El objetivo fundamental para el clínico será el de configurar un mapa del funcionamiento de la persona, mientras de forma paralela se le brinda el apoyo y el acompañamiento emocional que garantice la estabilización de la crisis por la que se acude a terapia. La recomendación fundamental de este momento inicial la brinda Millón (2001) al decir:

   > ... los narcisistas pueden resistirse a la evaluación diagnóstica o cuestionar las calificaciones del terapeuta, cuya habilidad para el tratamiento es puesta repentinamente en tela de juicio. Asumen que el terapeuta debería estar de acuerdo en que todos sus problemas están causados por las limitaciones de los demás.

Motivo por el cual se deben en principio obviar algunos datos y estar con una atención flotante acerca de los parámetros sobre el cuidado y mantenimiento de la relación terapéutica expuestos en este capítulo.

2. **Momento inicial de autodistanciamiento (autocomprensión y autorregulación).** Establecido el sostén de la relación terapéutica debe empezarse a movilizar la capacidad de autorregulación en términos exclusivos de alcanzar una reducción de síntomas y no buscando avivar el poder de oposición de la persona ante su organismo psicofísico, pues aún no es el momento adecuado para estas intervenciones. La reducción de síntomas le permite a la persona en proceso experimentar beneficios inmediatos del tratamiento y de esta forma respetar el proceso y adherirse al tratamiento; sin embargo, lentamente debe empezar a moverse la capacidad de autocomprensión, logrando que puedan objetivarse y verse un poco a sí mismos con relación a las relaciones interpersonales que plantean, utilizando para ello todas las recomendaciones planteadas en el punto correspondiente a la relación terapéutica. Las diferentes técnicas que movilizan la autocomprensión deben variar pero no exponer demasiado la emocionalidad del consultante, pues este modo de ser no se encuentra preparado para ello, recomendándose en este punto utilizar especialmente el diálogo socrático (Martínez, 2009c) pues su estilo no directivo facilita la autocomprensión con un bajo nivel confrontacional. En esta fase debe tenerse cuidado con el abandono del proceso, pues como dice Millon (2001): "El narcisista cree que está curado cuando, de hecho, solamente se ha obtenido un alivio de los síntomas; la patología subyacente de la personalidad que provoca la producción de los síntomas sigue intacta."

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

3. **Momento intermedio de autodistanciamiento (autocomprensión).** Una vez la adherencia al tratamiento se ha desarrollado, se pueden utilizar juegos de roles y de sillas, pequeños seminarios que la persona prepara para enseñarle a otros (de forma paradójica) como utilizar las estrategias que acostumbra a usar para "proteger su ego", algunas autorrevelaciones pueden ser útiles (Caballo, 2004b), así como llevar registros que le permitan monitorearse y ser capaz de reconocer que sus reacciones se activan en respuesta a falta de admiración. En este punto del proceso es importante empezar a trabajar la autocomprensión de la emocionalidad, utilizando para ello la relación terapéutica entablada y creando las tareas y las intervenciones terapéuticas que creativamente dinamicen este proceso autocomprensivo.

4. **Momento intermedio de autodistanciamiento (autorregulación y autocomprensión).** Una vez la relación terapéutica se ha profundizado debe empezar a manejarse la emocionalidad del consultante ayudándole a enfrentar de forma adecuada sus sentimientos de rabia, vergüenza y vacío, utilizando para ello el contexto terapéutico a través de la inducción de vivencias en donde estos ciclos interpersonales disfuncionales puedan avivarse y trabajarse en vivo y en directo en medio de la sesión. La capacidad de autorregulación se moviliza tanto en la sesión terapéutica como fuera de ella; durante la sesión se deben hacer explícitas las estrategias de afrontamiento que utiliza la persona e intentar cortarlas amorosamente, deteniéndose y haciendo señalamientos cuando la persona usa alguna forma de pasividad o actividad incorrectas intentando hacer corroboraciones de su gran ego, combatiendo a través de agresiones, vendiéndose o usando cualquier estrategia que le impida contactarse con su emocionalidad. En este punto el terapeuta debe realizar críticas en tono diplomático y sólo sostener al consultante con comentarios de reconocimiento hacia el cierre de la sesión, usar estrategias como darle 10 minutos para que muestre como se queda solo (a la manera de una intención paradójica), generar pequeñas descalificaciones y centrarse en lo que surge en la sesión o utilizar las estrategias terapéuticas que se puedan estructurar para movilizar las capacidades mencionadas son tareas necesarias para este momento de intervención. Debe recordarse en este punto que el desarrollo de tareas para fuera de la sesión potencializará los efectos del proceso terapéutico, pudiéndose utilizar estrategias como el "actuar como si" u otras que se puedan idear en compañía del consultante para aumentar su nivel de compromiso y formular tareas en donde al no ser impuestas, la sensación de tener el control no se pierde tanto. La persona con este modo de ser debe resignificar sus vivencias de descalificación o de sobrecalificacion, logrando enfrentar precisamente lo que más teme y proponiéndole para ello tareas terapéuticas en donde pueda exponerse a estas experiencias, acompañándolo socráticamente para cambiar

la visión de mundo; puede ser útil la construcción de "emocionómetros" que le permitan ver el degradé emocional de las situaciones que vive y en compañía del terapeuta alcanzar mayor objetividad que le permita lentificar sus reacciones emocionales y adquirir un mayor dominio y gobierno de si a través de la reestructuración de creencias y el aumento de su tolerancia al malestar. En síntesis, se buscan las tareas terapéuticas que le permitan abandonar su actividad incorrecta pasando de esta forma de las estrategias de segundo nivel a las de tercero (Martínez, 2007, 2009a), sin embargo, debido a la exigencia del consultante por tener retroalimentaciones valiosas "que sean nuevas para él" puede ser necesario explicarle que no tolerar el malestar produce el efecto contrario, pues cualquier sentimiento negativo se convierte en una amenaza a la autoestima (Beck, 2005), siendo importante en esta misma línea de intervención cuestionarle la manera como se juzga a sí mismo con gran severidad, permitiéndole de esta forma desnudar su sensibilidad.

5. **Momento intermedio de autotrascendencia (diferenciación y afectación).** Movilizar la capacidad de diferenciación para poder reconocer al otro como una persona humana y no como un objeto, pasa por desbloquear la empatía a través de juego de roles o del diálogo abierto acerca de las emociones que el consultante le despierta al terapeuta. También pueden utilizarse estrategias que fomentan la posibilidad de leer las emociones del otro, tal como recomienda Caballo (2004b) al decir:

   > Se necesita la autorrevelación del terapeuta. Éste pregunta una y otra vez: "¿Qué estoy sintiendo?". Un verdadero narcisista tendrá escasa idea, si es que tiene alguna, sobre los sentimientos del terapeuta y puede quejarse de la pregunta ¡se supone que todas las preguntas y afirmaciones pertenecen al paciente, no al terapeuta! Si el paciente lo hace bien, entonces las discusiones con respecto a lo que los demás piensan y sienten le sensibilizan sobre los demás. El aprender simplemente cómo las propias acciones afectan a los demás es un progreso significativo para una persona narcisista.

Sugerirle que atienda a la perspectiva de los demás recibiendo asesoría del terapeuta para hacerlo de forma adecuada (Beck, 2005), modelar las intervenciones en un proceso de aprendizaje activo de habilidades comunicativas y sociales es un aporte significativo para este modo de ser. Hacer cumplidos (Millon, 2001), hacer favores sin que se den cuenta las personas beneficiadas, aprender a dar y a recibir, escuchar sin emitir juicios, ser amables, así como reconocer constantemente los logros y habilidades de los demás son metas de este momento del proceso terapéutico. Renunciar a las estrategias de segundo nivel y empezar a utilizar estrategias de tercer nivel no es fácil, enfrentar la sensación de estar desnudo en el mundo y mostrarse vulnerable es difícil, por ello, deben generarse objetivos terapéuticos

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

cortos y cumplibles en donde la persona preferiblemente participe. En cuanto a la movilización de la capacidad de afectación para este momento intermedio de intervención, el énfasis se centra en facilitar que el consultante pueda dejarse tocar por las emociones de las demás personas y reconozca públicamente cómo las mismas le afectan, aunque la capacidad de afectación hace referencia a la resonancia afectiva que generan los valores y el sentido, es realmente difícil acceder a esta dimensión si no se le permite a los demás seres humanos tocar afectivamente a la persona con este modo de ser.

6. **Momento avanzado de autotrascendencia (afectación y entrega).** Una vez la persona se ha hecho libre frente las restricciones implantadas en lo psicofísico, se hace necesario desplegar las potencialidades noológicas de la autotrascendencia iniciando con la movilización de la capacidad de afectación en doble vía, por un lado hacia sí mismo, dejándose tocar por los verdaderos valores que posee, aprendiendo a reconocerlos y trabajando de esta forma una autoestima real y por otro lado, hacia el mundo, resonando afectivamente ante metas realistas que configuren un nuevo proyecto de vida. El trabajo de la logoterapia específica y en especial el "entrenamiento en percepción de sentido" (Martínez, 2009c) se hacen vitales para este momento terapéutico, pues como dice Dimaggio (2008b):

   Llegado a este punto, el narcisista se ha quitado en gran parte su máscara, la pantalla de las vanidades se ha roto, emerge la profundidad del mundo interior. Estos pasajes son difíciles de afrontar, la depresión puede ser intensa y duradera, se tiene la impresión de estar atravesando un lago negro sobrevolado por cuervos. Pero también es una ocasión de neoconstrucción compartida de significados, de metas de vida alternativas…

Basados en valores reales que no sobreexigen a la persona y que le evitan vivir experimentando la frustración de no alcanzar metas sobreestimadas. En este momento se hace necesario revisar la concepción de éxito que la persona ha construido, siendo útil para ello utilizar la matriz éxito-fracaso/sentido-sin sentido utilizada por Frankl (1999), ayudándole a la persona a comprender cómo hay fracasos de los que se crece y aprende –siendo esto un verdadero éxito existencial– y cómo hay algunos éxitos (socialmente diseñados) que no tienen mucho sentido. Por esta misma línea, el trabajo del vacío existencial y el sentido de vida tan ampliamente citado en la literatura logoterapéutica (Frankl, 1983, 1992, 1994, 1994b, 1995, 2001, Lukas, 1994, 2004, Martínez, 2007, 2009c, 2009d) no da espera, construyendo un proyecto de vida a partir del descubrimiento de sentido, con una clara concepción del éxito y matizado por una voluntad de sentido y no de poder.

7. **Momentos finales.** El cierre del proceso terapéutico pasa por el desarrollo de la prevención de recaídas (Martínez, 2009a), para ello deben utilizarse estrategias que le permitan a la persona identificar sus propias situaciones de alto riesgo, pero especialmente las señales emocionales y conductuales que pueden surgir como semáforo de que algo no está funcionando bien, y movilizar la capacidad de autoproyección para anticipar posibles soluciones. Los semáforos de la prevención de recaídas deben contemplar las reacciones que tienen las demás personas, pues son dichas reacciones las que en parte le ayudan a este modo de ser a verse en relación e identificar su proceso de recaída. La prevención de recaídas pasa por la capacidad de anticipación del ser humano, identificando los síntomas que surgirían cuando la tendencia a defenderse descalificando o utilizando alguna forma de pasividad o actividad incorrectas vuelva a tomar fuerza, previendo las estrategias que se utilizarían para retomar el proceso personal y no dejar avivar nuevamente su narcisismo. De igual forma, mantener el cambio en el estilo de vida, teniendo claridad acerca de las señales que indican una regresión a pautas ya superadas y la retoma de los parámetros trazados, constituyen una consolidación del cambio. Es importante considerar que pequeños retrocesos no implican recaída (Martínez, 2009a, Overholser, 2004) sino un desliz que invita a revisar qué se hizo y qué se debe retomar o mejorar.

Algunas sugerencias adicionales para el plan de tratamiento pueden ser las siguientes:

1. Revise constantemente las emociones que le despierta el consultante y trabaje en doble vía con ellas, por un lado, úselas como elemento terapéutico para ayudarle al consultante a movilizar sus recursos noéticos y por otro lado, para generarse una invitación hacia el trabajo personal que como terapeuta debe ser constante.

2. Tenga en su mente y en su corazón a la persona en proceso de cambio para que pueda prever los efectos que tendrá cada intervención que realice, tomando así las precauciones pertinentes para la terapia.

3. Es posible que la terapia grupal sea problemática para el consultante dadas sus características (Oldman, 2007), sin embargo, puede ser útil en fases intermedias del proceso terapéutico o en contextos de internamiento en donde la contención es alta.

4. Es importante manifestarle al consultante de forma explícita la necesidad de focalizarse en aspectos personales y no en teorizar, es decir, cuando el consultante habla en tercera persona, expone teorías, filosofías o posturas ideológicas

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

para justificar su manera de ser, el terapeuta debe cortarlo amorosamente y decirle que interesa más cómo se siente y cómo esta su vida personal, teniendo en cuenta, por esta misma línea, no permitirle al consultante que justifique sus emociones con argumentos que no se pueden sustentar, por ejemplo: "Cuando llueve me pongo de mal genio" en lugar de decir: "me da rabia no poder hacer lo que quiero y lo que tengo programado".

5. Al principio del proceso puede ser recomendable aliarse con el endiosamiento del consultante, sin exagerar las cosas de manera irreal, pero si estando alerta para reconocer todo aquello que sea reconocible, prestando atención, de manera simultánea, en evitar confrontar la vulnerabilidad del consultante en un momento en el que no se encuentra listo.

6. Es importante utilizar con precaución las estrategias terapéuticas centradas en que el consultante se sienta muy reconocido y validado constantemente, pues como dice Millon (2001):
   La admiración de un terapeuta que le apoya le proporciona una calidez en que puede volver a enorgullecerse. Y ese es el problema. Si el terapeuta le proporciona un apoyo excesivo, tal vez el narcisista puede surgir repentinamente desde su "concha" de dudas sobre sí mismo y abandonar abruptamente la terapia... Por otra parte, también puede seguir en terapia indefinidamente, nutriéndose del refuerzo que el terapeuta le proporciona, y perpetuando así la propia esencia del trastorno.

7. La interpretación frecuente y repetitiva puede dañar la relación terapéutica, siendo importante manejar con cuidado este elemento y evitarlo totalmente al principio del proceso terapéutico. Con el paso del tiempo y la consolidación de la relación deben haber confrontaciones gentiles y llenas de fuerte apoyo, colaborando de esta forma en la ruptura de patrones, y como dice Smith (2003): "Se debe escoger con cuidado el parafraseo de frases empáticas o estas reforzarán patrones del TNP".

8. Desarrollar como terapeuta una atención flotante para estar alerta a las señales constantes que envía el consultante, permite hacer intervenciones óptimas, pudiendo detenerse para hacer señalamientos en los momentos adecuados, utilizando lo que la persona dice y como lo dice, la comunicación no verbal y la intuición.

9. Tener siempre presente que sólo cuando es posible desarrollar simpatía por uno mismo, la grandiosidad puede ser despedida de manera progresiva (Tutsch, 2003).

10. Someterse a la supervisión de terapeutas de mayor experiencia puede constituir un soporte adecuado para manejar el movimiento emocional que este modo de ser genera, evitando de esta forma ingresar a ciclos interpersonales que no generen cambio, dañen al consultante o al propio terapeuta.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Bibliografía

Acevedo, G. Battafarano, M., Víktor Frankl. (2003). Hacia un enfoque transdisciplinar del enfermar humano. Buenos Aires: Ed. FAL. B.

Acevedo, G. (2007). Comunicacion personal.

Adler, M., Fagley, N. (2005). Appreciation: individual differences in finding value and meaning as a unique predictor of subjective well-being. *Journal of personality*, 73, 1.

Alden, L., Laposa, J., Taylor, C., Ryder, A. (2002). Avoidant personality disorder; Current status and future directions. En: *Journal of personality disorders*, 16(1), 1-29.

Alden, L. Mellings, T., Rydero, A. (2004). El tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación: una perspectiva cognitivo-interpersonal. En: Caballo, V. y cols.: Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: Ed. Síntesis.

Allers, R. (1959). Existencialismo y psiquiatría. Buenos Aires: Ed. Troquel.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statiscal manual of mental disorders. 4 ed. Text revisión. DSM-IV-TR.

Atlas, G., Them , M. Narcissism and sensitivity to criticism: a preliminary investigation. C*urrent psychology*, 27, 62-76. 2008.

Bagby, M., Marshall, M., Georgiades, S. Dimensional personality traits and the prediction of DSM IV personality disorder symptom counts in a nonclinical simple. *Journal of personality disorders*, 19 (1), 53-67. 2005.

Bagge, C., Trull, T. (2003). DAPP BQ: Factor structure and relations to personality disorder symptoms in a non-clinical simple. *Journal of personality disorders*, 17(1), 19-32.

Bandura, Albert. (1988). Modelo de causalidad en la teoría del aprendizaje social. En: Mahoney & Freeman. Cognición y psicoterapia. Barcelona: Ed. Paidos.

Battista, J., Almond, R. The development of meaning in life. Psychiatry. 36: 409 - 427.

Beck, A., Freeman, A., Davis, D. (2005). Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Ed. Paidos. 2ed.

Bender, D. Alianza terapéutica. (2007). En: Oldham, J, Skodol y Bender, D. Tratado de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Ed. Elvesier Masson.

Ben-zur, H. (2009). Coping styles and affect. *International Journal of stress managment*, 16 (2), 87-101.

Beurs, E., Rinne, T., van Krampen, D., Verheul, R., Andrea, H. (2009). Reliability and validity of the dutchsimensionalassesment of personality pathology- short form (DAPP SF), a shortened versión of the DAPP Basic questionnaire. *Journal of Personality Disorders*, 23(3), 308-326.

Binswanger, L. (1973). Artículos y conferencias escogidas. Madrid: Ed. Gredos.

Blagov, P., Fowler, K., Lilienfield, S. (2007). Histrionic Personality Disorder. En: Odonohue, W., Fowler, K., Lilienfield, S. Personality Disorders, Toward the DSM IV. Los Angeles: Sage.

Bockiani, N., Jongsma, A. (2001). The personality disorders treatment planner. New York: Ed. Wiley.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Bowles, D., Meyer, B. (2008). Attachment priming and avoidant personality features as predictors of social-evaluation bases. En: *Journal f personality disorders, 22*(1), 72-88.

Bornstein, R. (1993b). Dependent and patienhood. En: Journal of clinical psychology. Vol. 49. No. 3.

Bornstein, R. (1992a). The Dependent Personality: Developmental, Social, and Clinical Perspectives. En: Psychological Bulletin, Vol. I I 2, No. 1,3-23.

Bornstein, R., Manning, K., Krukonis, A., Rossner, S., Mastrosimone, C. (1992b). Sex Diferences in Dependency: A Comparison of Objective and Projective Measures, Journal of personality assessment,

Bornstein, R. The dependent personality. Ed. The Guilford press. New York. 1993a

Bornstein, R. (1994). Adaptative and maladaptative aspects of dependence: an integrative review. American Journal of Orthopsychiatry 64(4).

Bornestein, R., Morgan, J., Hiu, E., Calabrese, C. (1996). Activity, Passivity, Self-Denigration, and Self-Promotion: Toward an Interactionist Model of Interpersonal Dependency. En: Journal of Personality 64:3.

Bornstein, R. (1998). Dependency in the personality disorders: Intensity, Insight, Expression, and defense. En: Journal of clinical psychology. Vol. 54. 175-189.

Bornstein, R., Mei, R., Gallagher, H., Kloss, D., Regier, N. (2005). Contrasting Effects of Self-Schema Priming on Lexical Decisions and Interpersonal Stroop Task Performance: Evidence for a Cognitive/Interactionist Model of Interpersonal Dependency. En: Journal of Personality 73:3.

Bornstein, R. (2007a). Dependent personality disorder. En: O´donohue, W. Fowler, K. Lilienfeld, S. Personality disorders. Toward the DSM-V. California: Ed. SAGE publications.

Bornstein, R. (2007b). On Integrating Variables and Separating Facts in the Complex Relationship Between Dependency and Domestic Violence. En: American psychologist.

Britton, P. (2004). The relation of coping strategies to alcohol consumption and alcohol related consequences in a college simple. *Addiction research and theory*, 12 (2), 103-114.

Buber, M. (1998). Yo y Tú. Madrid: Ed. Caparros.

Caballo, V. (2004). Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: Ed. Síntesis.

Caballo, V., Bautista, R., López-Gollonet, C., Prieto, A. (2004a). El trastorno de la personalidad por evitación. En: Caballo, V. y cols.: Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: Ed. Síntesis.

Caballo, V., Bautista, R., López-Gollonet. (2004b). El trastorno narcisista de la personalidad. En: Caballo, V. Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: Ed. Síntesis.

Caballo, V., Bautista, R., López-Gollonet. (2004c). El trastorno dependiente de la personalidad. En: Caballo, V. Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: Ed. Síntesis.

Caballo, V., Bautista, R., Lopez-Gollonet. (2004). El trastorno Histrionico de la personalidad. En: Caballo, V. Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: Ed. Síntesis.

Cale, E., Lilienfield, S. (2002). istrionic personality disorder and antisocial personality disorder: sex- differentiated manifestations of psychopathy. *Journal of personality disorders*, 16(1), 52-72.

Campbell, K., Foster, C., Finkel, E. (2002). Does self-love lead to love for others? A story of narcissistic game playing.*Journal of personality and social psychology*, 83 (2), 340-354.

Caponni, R. (1997). Psicopatología y semiología psiquiátrica. Santiago de Cile: Ed. Universitaria.

Carcione, A., Conti, L. (2003a). Trastorno de la personalidad por dependencia. Modelo clínico. En: Dimaggio, G. Semerari, A. Los Trastornos de la personalidad. Modelos y tratamiento.

Carcione, A. Conti, L. (2003b). ¿Paciente ideal o paciente difícil? El tratamiento del trastorno de la personalidad por dependencia. En: Dimaggio, G. Semerari, A. Los Trastornos de la personalidad. Modelos y tratamiento.

Carelli, R. Logoteoría: assunti Clinici. En: Attualita in logoterapia. Roma. LAS. P. 49 –77

Cia, A. (2004). Trastorno de ansiedad social. Manual diagnóstico, terapéutico y de autoayuda. Buenos Aires: Ed. Polemos.

Chambless, D., Fydrich, T., Rodebaugh, T. (2008). Generalized social phobia and avoidant personality disorder: meaningful distinction or useless duplication. *Depression and anxiety, 25*, 8-19.

Chung, T., Langernbucher, J., Labouvie, E., Pandina, R., y Moos, R. (2001). Changes in Alcoholic Patients' Coping Responses Predict 12-Month Treatment Outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69 (1), 92-100.

Cloninger, R. (2007). Beyond management to cure: enhancing the positive dimensions of personality. En: Severe personality disorders. Eds: B van Luyn, Akhtar, S. Livesley, J. New york: Cambridge.

Cloninger, R. (2007a). Genética. En: Oldham, J, Skodol, y Bender, D. Tratado de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Ed. Elvesier Masson.

Cloninger, R. (2000). Biology of personality dimensions. *Current Opinions in Psychiatry*, 13, 611-616.

Cloninger, R., Svrakic, D. M., Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.

Cohn, H. (1997). Existential Thought and therapeutic practice. An introduction to existential psychotherapy. London: Sage.

Cohn, H. (2002). *Heidegger and the roots of existential therapy*. London: Continuum.

Connor-Smith, J., Flaschsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: a meta analysis. *Journal of personality and social psychology*, 93 (6), 1080-1107.

Cooper, M. (2003). Existential therapies. Gran Bretaña: Sage publications.

Costa, P. T., Jr., McCrae, R. R. (1992). NEO PI-R profesional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.

Cox, B., Pagura, J., Stein, M., Sareen, J. (2009). The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a national mental health survey. *Depression and anxiety, 26*, 354-362.

Crawford, T., Cohen, P., Brook, J. (2001). Dramatic-erratic personality disorder symptoms: I. Continuity from early adolescence into adulthood. *Journal of personality disorders*, 15(4), 319-335.

Crumbaugh, J. (1977). The seeking of noetic goals test (SONG). A complementary scale to purpose in life test. Journal of clinical psychology, 33: 900-907.

Crumbaugh, J., Maholick, L. (1964). An experimental study in existentialism. The psychometric approach to Frankl´s concept of noogenic neurosis. Journal of clinical psychology, 20: 200-207.

Davis, R., Millon, T. Meagher. (2004). Psicoterapia sinérgica: Más allá de las formas contemporáneas de psicoterapia. En: Caballo, V. Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: Ed. Síntesis.

De Castro, C., Garcia, G. (2008). Psicología clínica. Fundamentos existenciales. Barranquilla: Ed. Uninorte.

Debats, D. (2000). An inquiry into existential meaning. En: Reker, G., y Chamberlain, K. *Exploring existential meaning*. California: Sage publications.

Deurzen, V. E. (1997). Everyday mysteries. A handbook of existential psychotherapy. London: Routledge.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Deurzen, V. E. (2002). Existential counseling & psychotherapy in practice. London: Sage publications.

Deurzen, V. E., Adams, M. (2011). Skills in existential counseling & psychotherapy. London: Sage publications.

Dickinson, K., Pincus, A. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. Journal of personality disorders, 17(3), 188-207.

Dimaggio, G., Nicolo, G., Centenero, E., Semerari, A., Carcione, A., Pedone, R. (2010). States of mind in narcissistic personality disorder: three psychotherapies analysed using the grid of problematic states. Psychotherapy research, 18 (4), 466-480.

Dimmaggio, G., Procacci, M., Nicolo, G., Popolo, R., Semerari, A., Carcione, A., Lysaker, P. (2007). Poor metacognition in narcissistic and avoidant personality disorders: four psychotherapy patients analysed using the metacognition assessment scale. *Clinical psychology and psychotherapy, 14*, 386-401.

Dimaggio, G. Semerari, A. (2008). El mantenimiento de los trastornos de la personalidad: un modelo. En: Los trastornos de la personalidad: modelos y tratamiento. Bilbao:Ed. Descleé de Brower.

Dimaggio, G., Petrilli, D., Fiori, D., Mancioppi, S. (2008a). El trastorno narcisista de la personalidad: La enfermedad de la "vida grandiosa". En: Los trastornos de la personalidad: modelos y tratamiento. Bilbao: Ed. Descleé de Brower.

Dimaggio, G., Petrilli, D., Fiori, D. y Mancioppi, S. (2008b). La psicoterapia de la personalidad narcisista. En: Los trastornos de la personalidad: modelos y tratamiento. Bilbao: Ed. Descleé de Brower.

Dolan, R., Krueger, R., Shea, T. (2001). Co-occurrence with syndrome disorders. En: Livesley, W. *Handbook of personality disorders*. New York: The Guilford Press.

Dorr, O. (1998). Espacio y tiempo en la experiencia angustiosa. En: Rovaletti, M. Temporalidad. El problema del tiempo en el pensamiento actual. Buenos Aires: Ed. Lugar.

Dorr, O. (1995). Psiquiatría antropológica. Contribuciones a una antropología de orientación fenomenológico-antropológica. Santiago de Chile: Ed. Universitaria.

Duhachek, A., Oakley, J. (2007). Mapping the hierarchical Structure of coping: unifying empirical and theoretical perspectives. *Journal of consumer psychology,* 17(3), 218-233.

Duncan, B., Hubble, M., Miller, S. (2003). Psicoterapia Con Casos imposibles: Tratamientos Efectivos Para Pacientes Veteranos De La Terapia. Madrid: Paidos.

Efran & Fauber. El constructivismo radical: Preguntas y respuestas. En: Neimeyer & Mahoney. Constructivismo en psicoterapia. Barcelona.

Eikenæ, I., Gude, T., Hoffart, A. (2006). Integrated wilderness therapy for avoidant personality disorder. *Nord Psychiatry,60*, 275-281.

Ellis, A. (1997). Reflexiones sobre la terapia racional emotiva. En: Mahoney, Michael. Psicoterapia cognitivas y constructivistas. Teoría, Investigación y práctica. Bilbao: Ed. DDB.

Feixas, G. (1998). Los constructos personales en la práctica sistémica. En: Neimeyer & Mahoney. Constructivismo en psicoterapia. Barcelona: Ed. Paidos.

Feixas, G., Villegas, M. (2000). Constructivismo y psicoterapia. Bilbao: Ed. Descleé De Brower.

Fegg, M., Kramer, M., L´hoste, S., Borasio, G. (2008). The schedule for meaning in life evaluation (SMILE): validation of a new instrument for meaning in life research. Journal of pain symptom manage. 35, 4, 356-364.

Ferguson, E. (2001). Personality and coping traits: a joint factor analysis. *British journal of health psychology,* 6, 311-325.

Fernández, H. (1999). El panorama de la psicoterapia cognitiva. En: Mesones, Humberto. Teoría de la psicoterapia. Buenos Aires: Ed. Ananke.

Fiore, D., Dimaggio, G., Nicoló, G., Semerari, A., Carcione, A. (2008). Metacognitive Interpersonal Therapy in a case of obsessive-compulsive and avoidant personality disorders. *Journal of clinical psychology, 64* (2), 168-180.
Frankl, V. (1983). La psicoterapia al alcance de todos. Barcelona: Ed. Herder.
Frankl, V. (1988). Logos, paradoja y búsqueda de significado. En: Mahoney & Freeman. Cognición y psicoterapia. Barcelona: Ed. Paidos.
Frankl, V. (1992). Teoría y terapia de las neurosis. Iniciación a la logoterapia y el análisis existencial. Barcelona: Ed. Herder.
Frankl, V. (1994a). Psicoterapia y humanismo. ¿Tiene un sentido la vida?. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.
Frankl, V. (1994b). La voluntad de sentido, Barcelona: Ed. Herder.
Frankl, V. (1994c). Logoterapia y análisis existencial. Barcelona: Ed. Herder.
Frankl, V. (1994d). El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia. Barcelona: Ed. Herder.
Frankl, V. (1994e). Ante el vacío existencial. Barcelona: Ed. Herder. 7ed.
Frankl, V. (1995): La psicoterapia en la práctica médica. Buenos Ares: Ed. San Pablo.
Frankl, V. (1995a). La presencia ignorada de Dios. Barcelona: Ed. Herder.
Frankl, V. (1997). Psicoanálisis y existencialismo. México: Ed. FCE.
Frankl, V. (199). La idea psicológica del hombre. Madrid: Ed. Rialp.
Frankl, V. (2001). Psicoterapia y existencialismo. Barcelona: Ed. Herder.
Freire, J. B. (2002). El humanismo en la logoterapia de Víktor Frankl. Navarra: Ed. EUNSA.
Folkman, S., Lazarus, R. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 54 (3), 466-475.
Folkman, A., Lazarus, R., Pimley, S., Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and aging*, 2(2), 171-184.
Folkman, S., Moskowits, T. (2000). Positive affect and other side of coping. *American Psychologist*, 55 (6), 647-654.
Giorgi, B. (1982). The Belfast test: A new psychometric approach to logotherapy. International forum of logotherapy. 5: 31-37.
Guidano & Liotti. (1988). Una base constructiva para la terapia cognitiva. En: Mahoney & Freeman. Cognición y psicoterapia. Barcelona: Ed. Paidos.
Goncalves, Oscar. (1998). Hermenéutica, constructivismo y terapias cognitivo-conductuales: del objeto al proyecto. En: Constructivismo en psicoterapia. Barcelona: Ed. Paidos.
Gorski, T. Miller, M. (1984). Sobriedad. Una guía para la prevención de recaídas. Missouri: Ed. Herald House.
Grant, V., Stewart, S., y Mohr, C. (2009). Coping anxiety and coping- depression motives predict different daily mood-drinking relationships. *Psychology of addictive behaviors*, 23 (2), 226-237.
Greenglass, E., Fiksenbaum, L. (2009). Proactive coping, positive affect, y well-being. *European psychologist*, 14 (1), 29-39.
Greenberg, Rice Elliot. (1996). Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto. Madrid: Ed. Paidos.
Guberman, M. (1998). Humanismo, logoterapia y proceso psicodiagnóstico. Buenos aires: Ed. San Pablo.
Guidano, V., Liotti. (1988). Una base constructiva para la terapia cognitiva. En: Mahoney, M. & Freeman, A. Cognición y psicoterapia. Barcelona: Ed. Paidos.
Guidano, V. (1995). Desarrollo de la terapia cognitivo post-racionalista. Santiago de Chile: Ed. ITC.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Gutierrez- Zotes, J., Gutierrez, F., Valero, J., Gallego, E., Bailles, E. & Torres, X., Labad, A., Livesley, J. (2008). Structure of personality pathology in normal and clinical samples: Spanish validation of the DAPP BQ. *Journal of personality disorders*, 22 (4), 389-404.

Guttmann, D. (1998). Logoterapia para profesionales. Bilbao: Ed. Descleé de Brower.

Halama, P. (2009). Research instruments for investigating meaning of life and other logotherapeutics constructs. In: Batthyany, A. Levinson, J. Existential psychotherapy of meaning. Handbook of logotherapy and existential analysis. Phoenix: Ed. Zeig, Tucker & Theisen.

Hall, C. Lindzey, G. (1970). La teoría existencialista de la personalidad. Binwanger y Boss. Buenos Aires: Ed. Paidos.

Harvard Mental Health Letter. (2007). Dependent personality disorder. The retained by self-reliance, they take shelter in submission. Vol. 23, Number 10.

Heidegger, M. (1995). El Ser y El Tiempo. México: Ed. Fondo de cultura económica.

Herbert, J. (2007). Avoidant personality disorder. En: O' Donohue, W., Fowler, K., Lilienfeld, S. *Personality Disorders: toward the DSM IV.* Los Angeles: Sage.

Holt, C., Heimberg, R., Hope, D. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *Journal of abnormal psychology.* 101, 2, 318-325.

Ho, M., Cheung, F., Cheung, S. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. Personality and individual differences, 48, 658-663.

Howerton, A., Van gundy, K. (2009). Sex differences in coping styles and implications for depressed mood. *International journal of stress management*, 16 (4), 333-350.

Huprich, S. (2005).Differentiating avoidant and depressive personality disorders. Journal of personality disorders, 19 (6), 659-673.

Huppert, J., Strunk, D., Roth, D., Davidson, J., Foa, E. (2008). Generalized social anxiety disorder and avoidant personality disorder: structural analysis and treatment outcome. *Depression and anxiety*, 25, 441-448.

Jang, K., Vernon, P. (2001). Genetics. En: Livesley, W. *Handbook of personality disorders*. New York: The Guilford Press.

Jang, K., Vernon, P. (2003). Genetics. En: Livesley, J. *Practical Management of personality disorders*. New York: Ed. Guildford press.

Jaspers, K. (1958a). Filosofía. Ed. Universidad de Puerto Rico. Vol. 1.

Jaspers, K. (1958b). Filosofía. Ed. Universidad de Puerto Rico. Vol. 2.

Jaspers, K. (1995). La Filosofía. México: Ed. FCE.

Jaspers, K. (1993). Psicopatología general. México: Ed. FCE.

Johnson, J., Bromley, E., McGeoch, P. (2007). Papel de las experiencias de la infancia en el desarrollo de rasgos de personalidad adaptativos y desadaptativos. En: Oldham, J, Skodol, y Bender, D. Tratado de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Ed. Elvesier Masson.

Kramer, U. (2010). Coping And defense mechanisms: whats the difference?-second act. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*, 83, 207-221.

Kristensen, H., Torgersen, S. (2007). The Association between avoidant personality traits and motor impairment in a population-based sample of 11-12-years-old children. Journal of Personality Disorder.

Krok, D. (2008). The role of spirituality in coping: Examining the relationships between spiritual dimensions and coping stiles. Mental Health, religión & Culture, 11, 643-653.

Laengle, A. (1989). La significación de la personalidad y de la experiencia propia del psicoterapeuta para el curso de la terapia desde la perspectiva del análisis de la existencia. En: Revista Logo Teoría-terapia-actitud. Ed. FAL.

Laengle, A. Orgler, Ch. Kundi, M. (2003). The existence scale: A new approach to assess the ability to find personal meaning in life and to reach existential fulfillment. European Psychotherapy. 4, 131-151.

Laengle, A. (2010). Memorias del seminario sobre Trastorno de personalidad histriónico. Santiago de Chile: (sin editar).
Landabore, N. (2002). La escala existencial. Manual introductorio. Buenos Aires: Ed. Dunken.
Lander, N. Nahon, D. (2005). The integrity model of existential psychotherapy in working with the "difficult patient". New York: Routledge.
Leising, D., Sporberg, D., Rehbein, D. (2006). Characteristic interpersonal behavior in dependent and avoidant personality disorder can be observed within very short interaction sequences. En: Journal of Personality Disorders, 20(4), 319–330.
Lersh, P. (1971). La estructura de la personalidad. Barcelona. Ed. Scientia.
Levy, K., Reynoso, J., Wasserman, R., Clarkin, J. (2007). Narcissistic personality disorder. En: Odonohue, W., Fowler, K., Lilienfield, S. Personality Disorders, Toward the DSM IV. Los Angeles: Sage.
Lynum, L., Wilberg, T., Karterud, S. (2008). Self-esteem in patients with borderline and avoidant personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology, 49*, 469-477.
Livesley, J. Jackson, D. (2009). *Dimensional assessment of personality pathology- basic questionnaire*. Canada: Sigma.
Livesley, J. (2001A). *Practical Management of personality disorders*. New York: Ed. Guildford press.
Livesley, J. (2001A). A framework for an integrated approach to treatment. En: Livesley, W. *Handbook of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
Livesley, J. (2001). Conceptual and taxonomic Issues. En: Livesley, W. *Handbook of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
Livesley, J. (2001). *Handbook of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
Luchner, A., Moser, C., Mirsalimi, H., Jones, R. (2008). Maintaining boundaries in psychotherapy: covert narcissistic personality characteristics and psychotherapists. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 45 (1), 1-14.
Lukas, E. (1983). Tu vida tiene sentido. Madrid: Ed. SM.
Lukas, E. (1996). Logotest. Buenos aires: Ed. Almagesto.
Lukas, E. (1994). Psicoterapia en dignidad. Buenos Aires: Ed. San Pablo.
Lukas, E. (2003). También tu vida tiene sentido. México: Ed. LAG.
Lukas, E. (2006). También tu sufrimiento tiene sentido. Alivio en la crisis a través de la logoterapia. México: Ed. LAG.
Lukas, E. (2004). Logoterapia. La búsqueda de sentido. Barcelona: Ed. Paidos.
Mahoney & Freeman. (1988). Cognición y psicoterapia. Barcelona: Ed. Paidos.
Mahoney, Michael. (1988). Psicoterapia y procesos de cambio. En: Cognición y Psicoterapia. Barcelona: Ed. Paidos.
Mahoney, M. (1997). Psicoterapia cognitivas y constructivistas. Teoría, Investigación y práctica. Bilbao: Ed. DDB.
Mahoney, Michael. (1998). La continua evolución de las ciencias y psicoterapias cognitivas. En: Constructivismo en psicoterapia. Barcelona: Ed. Paidos.
Martínez, E. (2002a). Logoterapia: Una alternativa ante la frustración existencial y las adicciones. Bogotá: Ed. CAA.
Martínez, E. (2002b). Acción y elección: logoterapia, logoterapia de grupo e intervención en drogodependencias. Bogotá: Ed. CAA. Bogotá.
Martínez, E. (2003). Discusiones en torno a la culpa. En: LOGO. Revista argentina de logoterapia. N. 36.
Martínez, E. (2006). Hacia una prevención con sentido. Bogotá: Ed. CAA.
Martínez, E. (2007). Psicoterapia y sentido de vida. Psicología clínica de orientación logoterapéutica. Bogotá: Ed. Herder.
Martínez, Efrén. (2007a). IFB. Instrumento para la formulación de biografías logoterapéuticas. Bogotá: Ed. CAA.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Martínez, E. (2009a). Prevención de recaídas: Un libro de herramientas para personas en recuperación. Bogotà: Ed. CAA.
Martínez, E. (2009b). El psicodiagnóstico en logoterapia. En: Saenz, S. Logoterapia en acción. Aplicaciones prácticas. Buenos Aires: Ed. San Pablo.
Martínez, E. (2009c). El diálogo socrático en la psicoterapia centrada en el sentido. Bogotá: Ed. Colectivo Aquí y Ahora.
Martínez, E. (2009d). Buscando el sentido de la vida. Manual del facilitador. Bogotá: Ed. Colectivo Aquí y Ahora.
Martínez, E. (2009e). Manual de experiencias educativas. Bogotá: (Sin editar).
Martínez, E. Jaimes, J, Castillo, J. (2010). Validación de la prueba: escala de recursos noológicos para personas mayores de 15 años. Revista Argentina de clínica psicológica. XIX, 3: 257-272.
Martínez, E. (2001). Manual de la escala de recursos noológicos. Bogotá: Ed. Sociedad para el Avance e Investigación de la Psicoterapia Centrada en el Sentido. (En prensa).
Martínez, E. (2011a). Manual de psicoterapia centrada en el sentido. Bogotá: Ed. Manual Moderno.
Martínez, Y. (2008). Filosofía existencial para terapeutas y uno que otro curioso. Mexico: Ed. LAG.
Mascaro, N. Rosen, D. Morey, L. (2004). The development, construct validity, and clinical utility of spiritual meaning scale. Personality and individual differences. 37. 845-860.
Mateos, M. (2001). Metacognición y educación. Buenos Aires: Ed. AIQUE.
Mattia, J., Zimmerman, M. (2001). Epidemiology. En: Livesley, W. *Handbook of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
Meichenbaum, Donald. (1997). Cambios en las concepciones de la modificación de conducta cognitiva: Pasado y Futuro. En : Mahoney, M. Psicoterapia cognitivas y constructivistas. Teoría, Investigación y práctica. Bilbao: Ed. DDB.
Meyer, B. (2002). Personality and mood correlates of avoidant personality disorder. En: *Journal of personality disorders, 16(2)*, 174-188.
Miller, W. Rollnick, S. (1999). La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Ed. Paidos.
Millon, T., Davis, R. (2001). Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Barcelona: Ed. Masson.
Millon, T., Grossman, S. (2007). Moderating severe personality disorders. A personalized psychotherapy approach. New Jersey: Ed. Willey.
Millon, T., Grossman, S. (2007a). Factores socioculturales. En: Oldham, J, Skodol, y Bender, D. Tratado de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Ed. Elvesier Masson.
Millon, T., Meagher, S., Grossman, S. (2001). Theoretical Perspectives. En: Livesley, W. *Handbook of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
Morey, L., Alexander, G., Boggs, C. (2007). Genero. En: En: Oldham, J, Skodol, y Bender, D. Tratado de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Ed. Elvesier Masson.
Neimeyer, R. (1988). Las narrativas generadas por el cliente en psicoterapia. En: Cognición y Psicoterapia. Barcelona: Ed. Paidos.
Neimeyer, Robert. (1997). Una valoración de las psicoterapias constructivistas. En: Mahoney, M. Psicoterapia cognitivas y constructivistas. Teoría, Investigación y práctica. Bilbao: Ed. DDB. 1
Neimeyer, R., Mahoney, M. (1998). Constructivismo en psicoterapia. Barcelona: Ed. Paidos.
Neimeyer, Greg. (1998). El cuestionamiento del cambio. En: Neimeyer & Mahoney. Constructivismo en psicoterapia. Barcelona: Ed. Paidos.
Noblejas, M. (2000). Fiabilidad de los test PIL y Logotest. En: Nous. Boletín de logoterapia y análisis existencial: Madrid. 4, Otoño, 81-90.
Odonohue, W., Fowler, K., Lilienfield, S. (2007). Personality Disorders, Toward the DSM IV. Los Angeles: Sage.

Oldham, J, Skodol y Bender, D. (2007). Tratado de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Ed. Elvesier Masson.

Oldham, J. (2007a). Trastornos de la personalidad: Historia reciente y direcciones futuras. En: Oldham, J, Skodol, y Bender, D. Tratado de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Ed. Elvesier Masson.

Oro. Oscar. (1993). Persona y personalidad. Distintos enfoques a partir de una visión de conjunto. Buenos Aires: Ed. FAL.

Overholser, J. (2004). El tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de la personalidad por dependencia. En: Caballo y Cols. Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: Ed. Síntesis.

Overholser, J., Kabakoff, R., Norman, W. (1989). The assesment of personality characteristics in depressed and dependent psychiatric impatiens. En: Journal of personality assessment. 53 (1).

Pan, J., Fu Keung, D., Lai, C., Joubert, L. (2008). Meaning of life as a protective factor of positive affect in acculturation: a resilience framework and a cross-cultural comparison. *International journal of intercultural relations*, 32, 505-514.

Pan, J., Wong, D., Joubert, L, Chan, C. (2008). The protective function of meaning of life on life satisfaction among Chinese students in Australia and Hong kong: A cross cultural comparative study. Journal of American college health. 57, 2, 221-231.

París, J. (2007). Perspectiva integradora actual sobre los trastornos de la personalidad. En: Oldham, J, Skodol, y Bender, D. Tratado de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Ed. Elvesier Masson.

París, J. (2001). Psyschosocial adversity. En: Livesley, W. *Handbook of personality disorders*. New York: The Guilford Press.

París, J. (1996). Social factors in the personality disorders. A biopsychosocial approach to etiology and treatment. New York: Cambridge University Press.

Perris, C., Mcgorry, P. (2004). Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad. Manual teórico-práctico. Bilbao: Ed. DDB.

Perry, C., Bond, M. (2007). Funcionamiento defensivo. En: Oldham, J, Skodol, y Bender, D. Tratado de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Ed. Elvesier Masson.

Peterson, C., Park, N., Seligman, M. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: the full life versus the empty life. *Journal of happiness studies*. 6, 25-41.

Postigo, M. (2009). Trastorno de la personalidad por dependencia. Madrid: Ed. Pirámide.

Procacci, M., Popolo, R. (2008). El trastorno de la personalidad por evitación: Modelo clínico. En: Semerari, A. Dimaggio, G. Los trastornos de la personalidad. Modelos y Tratamiento. Bilbao: Ed. Descleé de Brower.

Procacci, M., Petrilli, D., Popolo, R. (2008a). El tratamiento del trastorno de personalidad por evitación. En: Semerari, A. Dimaggio, G. Los trastornos de la personalidad. Modelos y Tratamiento. Bilbao: Ed. Descleé de Brower.

Pukrop, R., Steinbring, I., Gentil, I., Schulte, C., Larstone, R. & Livesley, J. (2009). (2009). Clinical validity of the "dimensional assessment of personality pathology (DAPP)" for psychiatric patients with and without a personality disorder diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 23(6), 572-586.

Quiroga, E., Errasti, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de la personalidad. En: Perez, M., Fernandez, j., Fernandez, C., Amigo, I. Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Madrid: Ed. Pirámide.

Rayder, A., Bagby, R., Marshall, M., Costa, P. (2007). Personalidad depresiva. Psicopatología, evaluación y Tratamiento. En: Rosentluth, M. Kennedy, R. Bagby, M. Depresión y personalidad. Desafíos Clínicos y Conceptuales. Barcelona: Ed. Elsevier Masson.

Reker, G., Chamberlain, K. (2000). *Exploring existential meaning*. California: Sage publications.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Reker, G. (2000a). Theoretical perspective, dimensions and measurement of existential meaning. En: Reker, G., y Chamberlain, K. *Exploring existential meaning*. California: Sage publications.
Reker, G., Chamberlain, K. (2000b). Existential meaning: reflections and directions. En: Reker, G., y Chamberlain, K. *Exploring existential meaning*. California: Sage publications.
Reker, G. (2004). Meaning in life of young, middle-aged, and older adultos: factorial validity, age, and gender invariance of the Personal Meaning Index (PMI). Personality and individual differences. 38, 71-85.
Rodebaugh, T., Okada, M., Turkeimer, E. (2010). The interpersonal problems of the cosially avoidant: self and peer shared variance.*Journal of abnormal psychology, 119*(2), 331-340.
Rodin, G., Izenberg, S. (1997). Treating narcissistic personality disorder. En: Rosenbluth, M., Yalom. I. Treating difficult personality disorders. San Francisco: Jossey Bass.
Rogers, C. (2007). Terapia, personalidad y relaciones interpersonales. Buenos aires: Ed. Nueva visión.
Romero, E. (2008).Entre la alegría y la desesperación humana. Sobre los estados de ánimo. Santiago de Chile. Ed. Norte-sur.
Romero, E. (2006). El encuentro de si en la trama del mundo. Personalidad, subjetividad y singularidad. Santiago de Chile. Ed. Norte-sur.
Romero, E. (2003). El inquilino de lo imaginario. Formas malogradas de existencia. Santiago de Chile. Ed. Norte-sur.
Rosenbluth, M., Yalom. I. (1997). Treating difficult personality disorders. San Francisco: Jossey Bass.
Safran, J., Muran, J. (2005). La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional. Bilbao: Ed. Descleé de Brower.
Semerari, A. (2002a). Psicoterapia cognitivas del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica. Bilbao: Ed. DDB.
Semerari, A. (2002b). Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva. Barcelona: Ed. Paidos.
Schnell, T., y Becker, P. (2006). Personality and meaning in life. *Personality and individual differences*, 41, 117-129.
Scheler, M. (2001). Etica. Madrid. Ed. Caparros.
Sholevar, G. (2007). Terapia familiar. En: Oldham, J, Skodol y Bender, D. Tratado de los trastornos de la personalidad. Ed. Elvesier Masson. Barcelona: 2007.
Shulemberg, S. Melton, A. (2010). On measurement of meaning: logotherapy´s empirical contributions to humanistic psychology. Humanistic Psychology, 36, 1-14.
Shulemberg, S. Schnetzer, L. Buchanan, E. (2010a). The purpose in life test-Short form: development and psychometric support. Journal of Happiness studies. 6.
Skodol, A. (2007). Manifestaciones, diagnóstico clínico y comorbilidad. En: Oldham, J, Skodol, y Bender, D. Tratado de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Ed. Elvesier Masson.
Smith, L. (2003). Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders. Second edition. New York: Guilford.
Spinelli, E. (2005). *The interpreted world*. Gran Bretaña: Sage.
Spinelli, E. (2007). Practising existential psychotherapy. The relational world. London: Sage publications.
Steger, M., Kashdan, T., Sullivan, B., Lorentz D. (2008). Understanding the search for meaning in life: personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of personality*.76: 2.
Strauss, J., Johnson, S., Hayes, A., Newman, C., Brown, G. & Barber, J., Laurenceau, J., Beck, A. (2006). Early Alliance, Alliance Ruptures, and Symptom Change in a Nonrandomized Trial of Cognitive Therapy for Avoidant and Obsessive-Compulsive Personality Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 74* (2), 337-345.

Strumpfer, D. (2006).The strengths perspective: fortigenesis in adult life. *Social indicators research*, 77, 11-36.

Taylor, C., Laposa, J., Alden, L. (2004). Is avoidant personality disorder more than just social avoidance. En: *Journal of Personality Disorders, 18(6)*, 571-594.

Taylor, R. (2008). Enmascaramiento psicológico. Distinguiendo trastornos psicológicos de orgánicos. México: Ed. Manual Moderno.

Tickle, J., Heatherton, T., Wittenberg, L. (2001). Can personality change. En: Livesley, W. *Handbook of personality disorders*. New York: The Guilford Press.

Tillfors, M., Furmark, T., Ekselius, L., Fredrikson, M. (2004). Social Phobia and avoidant personality disorder: one spectrum disorder?. *Nord J psychiatry, 58*, 2.

Tragesser, S., Trull, T., Sher, K., y Park, A. (2008). Drinking motives as mediators in the relation between personality disorder symptoms and alcohol use disorder. *Journal of personality disorders*, 22 (5), 525-537.

Tromp, N., Koot, H. (2008). Dimensions of personality pathology in adolescents: psychometric properties of the DAPP BQ A. *Journal of personality disorders*, 22 (6), 623-638.

Tromp, N., Koot, H. (2009). Dimensions of personality pathology in adolescents: relations to DSM IV personality disorder symptoms. *Journal of personality disorders*, 23 (5), 514-527.

Trull, T. (2005). Dimensional models of personality disorder: coverage and cutoffs. *Journal of personality disorders*, 19(3), 262-282.

Trull, T., Durrett, C. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorders. Annual Review of Clinical Psychology, 1, 355-380.

Trull, T., Jahng, S., Tomko, R., Wood, P., Kenneth, S. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses; gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of personality disorders*, 24 (4), 412-126.

Tutsch, L. (2003). Of the phenomenology and therapy of narcissistic personality disturbances. European psychotherapy, 4 (1), 93-107.

Van Ranst, V., Marcoen, A. (2000). Structural components of personal meaning in life and their relationship with death attitudes and coping mechanisms in late adulthood. En: Reker, G., y Chamberlain, K. *Exploring existential meaning*. California: Sage publications.

Vattimo, G. (2000). Introducción a Heidegger. Barcelona: Ed. Gedisa.

Vella- Brodrick, D., Park, N., Peterson, C. (2009). Three ways to be happy: pleasure, engagement, and meaning- findings from Australian and US samples. *Social indicators research*, 90, 165-179.

Verheul, R. (2005). Clinical utility of dimensional models for personality pathology.*Journal of personality disorders*, 19 (3), 283-302.

Vial Mena, Wenceslao. (1999). La Antropología de Víctor Frankl. Santiago de Chile: Ed. Universitaria.

Wamba, F. (1997). Soledad existencial: Aspectos psicopatológicos y psicoterapéuticos. Sevilla: Editorial Universidad de Sevilla.

Watson, D., Sinha, B. (2008). Emotion regulation, coping, and psychological symptoms. *International journal of stress management*, 15 (3), 222-234.

Watts, M. Heidegger. (2001). Guía para jòvenes. Salamanca: Ed. Loguez.

Widiger, T., Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of personality disorders*, 19(2), 110-130.

Yee Ho, M., Cheung, F., Cheung, S. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and individual differences*, 48, 658-663.

Yudofsky, S. (2007). Defectos fatídicos. Manejar las relaciones destructivas con personas con trastornos de la personalidad y del carácter. Barcelona: Ed. Ars Médica.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Índice Analítico

A

Abuso sexual 41, 146
Actividad
  cognitiva 15
  correcta 52, 67, 70, 193, 194, 236, 243, 282
  incorrecta 52, 63, 131, 142, 154, 185, 193, 199, 232, 244, 281, 292, 300
Afectación 19, 20, 69, 70, 88, 100, 112, 131, 145, 153, 177, 187, 198, 200, 221, 236, 252, 273, 282, 298
  noológica 226
Afrontamiento 38, 51, 61, 70, 84, 94, 110, 122, 131, 142, 150, 170, 183, 192, 203, 216, 223, 230, 241, 252, 268, 279, 282, 295, 297
Alfred Laengle 6, 24, 77, 125, 308
Análisis Existencial 1
Angostamiento del ser 164, 208
Angustia 30, 51, 63, 70, 88, 94, 113, 125, 136, 148, 161, 176, 208, 210, 223, 233, 241, 250, 257
  existencial 30, 136, 216, 226
Ansiedad 30, 41, 51, 60, 80, 108, 143, 151, 160, 170, 184, 190, 205, 212, 221, 231, 240, 251, 290, 305
Antagonismo psiconoético 9, 15, 16, 272
Antisociales 44, 127, 133, 139, 141, 147, 289
Aprehensión 215, 227, 228
Aproximación
  cognitiva 1, 9
  diagnóstica 90
Autenticidad 20, 27, 30, 31, 42, 67, 70, 113, 123, 135, 192, 207, 212, 223, 237, 244
Autoactualización 20, 32
Autoagresiones 60, 86, 143
Autocomprensión 16, 55, 68, 78, 81, 91, 106, 110, 129, 131, 145, 152, 171, 187, 194, 221, 236, 243, 250, 269, 270, 282, 296
Autoconciencia 6, 9, 12, 31, 123, 208, 222, 263
  reflexiva 14, 222
Autoconfiguración 3, 26, 36
Autodescalificación 166
Autodeterminación 3
Autodistanciamiento 2, 6, 13, 68, 75, 81, 94, 101, 110, 122, 131, 152, 175, 195, 213, 221, 248, 251, 269, 271, 286, 293
Automedicación 60, 61, 86, 143, 234
Automutilaciones 60, 61, 86, 143
Autoproyección 16, 69, 70, 81, 91, 106, 110, 128, 131, 145, 153, 176, 187, 198, 201, 224, 236, 244, 251, 256, 282, 299
Autorregulación 13, 21, 39, 68, 81, 91, 106, 110, 131, 145, 153, 176, 187, 193, 223, 236, 249, 252, 272, 282, 296, 297
Autotrascendencia 2, 10, 20, 43, 91, 101,

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

112, 122, 131, 153, 175, 198, 200, 221, 243, 251, 269, 271, 298, 299

B

Belfast Test 78
Aienestar psicofísico 170
Binswanger 37, 69, 71, 88, 97, 103, 165, 195, 210, 247, 303
Bipolaridad 147

C

Capacidad
  autocomprensiva 110, 113, 117, 223, 246
  autotrascendente 70, 88, 265, 271, 273
  capacidad de afectación 20, 69, 88, 115, 131, 145, 155, 177, 187, 200, 225, 236, 254, 273, 282, 298
  de autoproyección 69, 87, 108, 111, 128, 135, 145, 156, 176, 187, 201, 224, 236, 256, 282, 299
  de autorregulación 111, 131, 145, 153, 176, 187, 196, 223, 237, 249, 272, 282, 296
  de diferenciación 19, 20, 69, 88, 91, 114, 135, 145, 155, 177, 187, 200, 224, 236, 251, 275, 282, 294
  de entrega 20, 118, 136, 179, 226
  metacognitiva 15
Capas del carácter 24, 31, 54
Ciclo
  caótico-desregulado 172
  oblativo 172
  sádico-masoquista 172
Cloninger 24, 25, 43, 116, 305
Cognitivismo clínico 6, 7
Comportamiento disocial 25, 40, 45
Compulsividad 25, 40, 46, 48, 161, 169
Conductas autolesivas 60, 83, 86
Consolidación del cambio 115, 117, 156, 202, 256, 300
Constructivismo
  crítico 8
  radical 8, 306
Contexto seguro 91, 100, 106, 108, 111
Coping 52, 59, 67, 304, 306, 308, 313
Credo psiquiátrico 36, 103

D

Dasein 28, 32, 37, 71, 123, 164, 208, 212
Debilidad moral 34, 159
Defensividad 12, 51, 102, 266
Dependencia de sustancias 242
Dependiente 41, 98, 139, 140, 161, 171, 182, 221, 238, 243, 277
  acomodaticio 183
  torpe 184
Depresión 38, 61, 137, 146, 151, 161, 169, 189, 190, 191, 211, 215, 240, 248, 280, 290, 299
Despersonalización 216
Despliegue espiritual 115, 116
Desregulación
  cognitiva 45
  emocional 25, 40, 48, 60, 107, 145, 221
Diagnóstico
  alterno 81, 83, 89, 119
  presuntivo 90
Diálogo socrático 6, 109, 155, 197, 200, 250, 296, 309
Diferenciación 19, 20, 42, 69, 78, 88, 91, 112, 131, 145, 155, 177, 187, 200, 224, 225, 236, 246, 251, 269, 273, 282, 294
Dilthey 5
Dimensión
  biológica 40, 54, 60, 73, 85
  espiritual 12, 24, 35
  noética 6, 7, 13, 21, 59, 76, 77
  noológica 13, 20, 42, 54, 67, 73, 271
  psicológica 17, 54, 62, 67, 86, 113, 208

E

Emocionalidad 48, 60, 79, 85, 107, 124, 131, 146, 150, 164, 173, 184, 197, 212, 222, 232, 241, 250, 264, 280, 292, 297
Encuadre terapéutico 78, 106, 107, 291

Encuentro terapéutico 94, 97, 178
Ente espiritual 19, 97, 177, 225, 273
Entrenamiento en percepción de sentido 117, 155, 201, 255, 299
Entrevista motivacional 109, 198, 251, 310
Epistemología 4
Escala
  de trascendencia existencial 77
  existencial de Laengle 77
Esclarecimiento existencial 117, 156, 201, 255
Escuelas psicológicas 1
Espiritual 2, 12, 23, 31, 53, 60, 72, 82, 97, 103, 115, 123, 136, 177, 225, 249, 263, 272, 274
Espiritualidad 4, 12, 18, 33, 63, 70, 88, 97, 108, 111, 123, 274
Esquizoides 141, 238
Estado
  de exclusión 214
  de extrañeza 214
  de miedo y amenaza 214
  inadecuado 28
Estilos de crianza 207
Estrategias
  de acomodación pasiva 235
  de afrontamiento 38, 51, 62, 73, 84, 94, 110, 122, 131, 142, 150, 170, 184, 192, 203, 217, 223, 230, 241, 252, 268, 279, 282, 295, 297
  de amenaza activa 144
  de autoexaltación 281
  de búsqueda 186, 192, 199
  de camaleón 144
  de combate 281
  de corroboración 186, 199, 281
  de desquite narcisista 236
  de distracción 235, 252
  de evitación 247, 252
  de evitación activa 235
  de evitación de la intimidad 144
  de excusa 234, 236
  de fantasía 235
  de invisibilidad 234, 236
  de invitación 186
  de negación 186, 192, 199
  de postergación 186, 187
  de seducción ambivalente 144
  de simulación 144
  de ubicación privilegiada 280
  de victimización 145
  de visibilidad 144
  maquiavélicas 186
  terapéuticas 91, 110, 153, 198, 236, 252, 297, 301
Estresores sociales 41
Evaluación psicodiagnóstica 90
Eventos iatrogénicos 89
Evitativos 41, 141, 237, 277
Existencia auténtica 4, 20, 30, 216
Existencial 1, 10, 23, 30, 60, 71, 86, 94, 97, 115, 124, 135, 149, 156, 173, 184, 195, 201, 210, 226, 255, 263, 274, 290, 295, 307, 310, 313
Experiencias traumáticas 41
Expresión fenomenológica 31, 32

F

Factores
  genéticos 35, 40, 44, 133, 159
  noéticos 20, 21, 31, 176, 195, 222, 244, 248, 272, 295
Falsa independencia 276
Falta de voluntad 34
Familias disfuncionales 41
Fases depresivas 241
Fenomenicidad 2, 3
Fenomenología 2, 5, 30, 100
Filosofía existencial 5, 212
Forma de pensar 62, 87, 126, 128, 131, 155, 166, 212, 264
Formulación de caso 75, 76, 78, 79, 80, 108
Frustración existencial 33, 60, 62, 77, 78, 86, 87, 309
Funciones
  cognitivas 8
  metacognitivas 7

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

H

Habilidades
metacognitivas 222
sociales 183, 195, 207, 219, 226, 240, 248, 253, 283
Heidegger 5, 27, 30, 69, 88, 123, 164, 208, 212, 305, 313
Heredabilidad 25, 40
Hiperreflexión 16, 81, 83, 89, 224
Histriónico-apaciguador 140
Histriónico-complaciente 140
Histriónicos
falsos 140
infantiles 140
Histrionismo 121, 129, 132, 140, 153, 155, 183, 188
Hostilidad percibida 69, 88
Huida del mundo emocional 209
Husserl 2, 5

I

Iatrogenia 71, 81, 83, 89
Imposición de valores 275
Inautenticidad 27, 30, 62, 70, 113, 122, 164, 208, 211, 218, 223, 226, 263, 269
Índice de Sentido Personal 77
Individuación 127, 163
Inducción de vómito 60, 86, 143
Inhibición 25, 40, 48, 205, 219, 221, 231
Intencionalidad 6, 12, 177, 225, 273
Intención paradójica 52, 110, 153, 250, 297
Intersubjetidad 19

K

Karl Jaspers 2, 79, 121, 130, 171, 218, 308

L

Libertad 3, 10, 25, 31, 40, 53, 67, 71, 82, 90, 108, 122, 130, 151, 160, 170, 180, 191, 212, 220, 238, 248, 262, 272, 283, 286, 295
Life Attitude Profile 77
Life Meaningfulness Scale 77
Life Regard Index 77
Limítrofes 83, 139, 140, 143
Livesley 25, 33, 40, 60, 83, 98, 105, 109, 110, 205, 221, 305, 309, 312
Logoterapia 1, 10, 20, 66, 70, 82, 95, 103, 115, 129, 130, 151, 201, 255, 272, 299, 305, 309, 310
específica 255, 299
Logotest 76, 77, 309, 310
LPQ Test 77

M

Malestar psicofísico 17, 55, 60, 85, 131, 169, 170, 178, 217
Martín Buber 4, 97, 103, 243, 276, 304
Martínez 1, 10, 25, 30, 55, 60, 70, 86, 94, 105, 112, 132, 142, 152, 169, 175, 180, 197, 200, 212, 221, 232, 243, 251, 271, 296, 300, 310
Max Scheler 2, 4, 5, 312
Meaning in Suffering Test 77
Meditación 157, 249
Metacognición 7, 15
Metateoría constructivista 8
Método de esclarecimiento existencial 117, 201, 255
Millon 24, 38, 42, 51, 128, 132, 140, 151, 160, 170, 180, 190, 206, 211, 220, 227, 231, 241, 252, 260, 270, 290, 301, 310
Modelo
cognitivo-interaccionista 160
de Livesley 25, 43
de los cinco grandes 43
de los siete factores 43
dimensional 43, 44, 47, 78
mixto 43
psicobiológico 43
Modelos
categoriales 43, 49
dimensionales 43, 49
metacognitivos 168
Modo de ser
aislado 184, 238
auténtico 30, 131, 139
dependiente 147, 159, 165, 172, 180, 190, 237, 288

desconfiado 239, 289
desregulado 188
evitativo 205, 211, 224, 231, 240, 255, 289
grandioso 189, 259, 271, 283, 289, 291
histriónico 121, 123, 130, 140, 153, 288
inauténtico 130, 131
inhibido 188
intenso 239
límite 289
miedoso 221, 287
narcisista 148, 259, 263
obsesivo 148, 151
pasivo 231
Modos de ser
compulsivos 141
evitadores 205
vitativos 141
inauténticos 121
Morbilidad psicofísica 131, 177
Mundo emocional 34, 51, 68, 87, 101, 110, 124, 164, 203, 239, 250, 263, 272, 282, 291

N

Narcisismo 45, 145, 207, 231, 259, 261, 271, 282, 290, 300
Narcisistas 139, 140, 174, 182, 260, 271, 280, 296
Noética 7, 21, 37, 59, 76, 131, 274
Noodinamia 7, 18, 20, 75, 78, 108
Noodinámica 18

O

Objetivismo 7
Organismo psicofísico 9, 12, 20, 31, 42, 53, 60, 73, 81, 112, 122, 131, 145, 153, 164, 175, 196, 210, 221, 236, 263, 272, 282, 291, 296
Orientación logoterapéutica 1, 309

P

París 25, 40, 42, 311
Pasividad
correcta 52, 65
incorrecta 39, 52, 61, 63, 142, 185, 199, 232, 253, 281
Pensamiento frankliano 4
Percepción de sentido 78, 117, 155, 201, 255, 299
Permeabilidad 32, 35, 53
Persona espiritual 2, 14, 27, 31, 54, 73, 82, 103, 123, 263
Personalidad
auténtica 27, 30, 42, 67, 72, 102, 113
depresiva 189, 231
esquizoide 41
inauténtica 27, 32, 55, 122
nihilista 239
Personal Meaning Index 77, 311
Persona profunda 33
Persona y personalidad 23
PIL Test 76
Plan de seguimiento 79, 92
Potencialidades noológicas 155, 201, 255, 299
Preponderancia biológica 37, 38, 73
Prevención de recaídas 106, 115, 156, 194, 201, 255, 299, 300
Problemas de identidad 45, 46, 47, 221
Proceso
de individuación 163
psicodiagnóstico 75, 83, 94, 95, 307
Propuesta terapéutica 90, 91
Pruebas logoterapéuticas 76
Psicodiagnóstico 75, 79, 83, 92, 94, 95, 108, 307, 309
Psicología humanista 4, 5, 29
Psicopatología 16, 18, 25, 35, 41, 51, 59, 179, 206
Psicoterapia 1, 12, 29, 30, 38, 51, 65, 70, 84, 97, 103, 113, 122, 130, 151, 175, 191, 203, 213, 221, 248, 267, 270, 291, 303, 309, 310, 312
centrada en el sentido 1, 14, 30, 55, 65, 67, 71, 97, 103, 122, 134, 151, 175, 195, 203, 221, 248, 274, 295, 309, 310
cognitiva 6, 306, 312
médica 103, 195
metacognitiva 35, 213
Psiquiatría
existencial 5
fenomenológica 5

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

R

Rasgo
actoral 183
intenso 183
Rasgos
dependientes 139, 140, 172, 174, 243
de personalidad 139
paranoides 231
Reacción
de *coping* 52
pasiva 56
Realidad ontológica 2
Recursos
noéticos 2, 13, 20, 31, 68, 81, 92, 100, 118, 125, 131, 177, 194, 243, 271, 300
noológicos 59, 68, 72, 90, 101, 195, 248, 295, 310
Reduccionismo 3
Reestructuración cognitiva 68
Registro de seguimiento 76, 92, 94
Regulación 17, 60, 75, 83, 108, 110, 134, 195, 248, 277, 281
Relaciones interpersonales 45, 70, 98, 101, 126, 131, 142, 152, 165, 172, 195, 210, 220, 248, 257, 269, 295, 312
Relación terapéutica 4, 71, 91, 100, 112, 149, 151, 176, 190, 202, 243, 250, 290, 301, 312
Responsabilidad 3, 10, 27, 31, 43, 68, 77, 87, 94, 119, 123, 130, 140, 157, 161, 171, 181, 191, 212, 245, 258, 263, 275, 295
Restricción 20, 34, 40, 55, 63, 76, 84, 91, 103, 131, 140, 156, 170, 180, 207, 221, 231, 248, 261, 271, 276, 284
de lo noético 35, 103
espiritual 38
noética 37
Restricciones 35, 40, 75, 81, 100, 112, 134, 155, 163, 175, 201, 219, 221, 255, 262, 265, 299
Restrictores psicofísicos 84
Romero 35, 98, 133, 205, 212, 224, 241, 261, 262, 312
Rudolf Allers 3, 4, 303

S

Self 55, 167, 185, 226, 304, 308, 312
Sentido de vida 11, 69, 76, 83, 95, 115, 146, 176, 187, 201, 237, 255, 283, 299, 309
Shedule for Meaning in Life Evaluation 77
Síntomas físicos 38, 140, 242, 243
Sistema cognitivo 167
Sistemas axiológicos 89, 178, 201
SMILE 77, 306
Sobreprotección 41, 159, 160, 207
Somatización 140, 146, 147
SONG test 78
Spinelli 27, 28, 29, 30, 32, 98, 123, 312

T

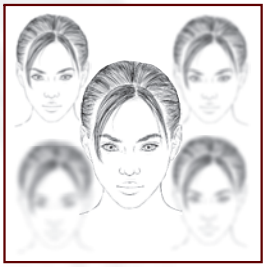
Temperamento 24, 31, 40, 54, 67, 73, 113, 132, 160, 207, 214, 227, 286
Teoría
motivacional 10
constructivista 8
de Frankl 52
frankliana 4, 8
logoterapéutica 2
motivacional 10, 18
Terapia
centrada en el sentido 51
de familia 202
de grupo 257
de pareja 256
familiar 202, 256
Test de Noodinamia 78
Tolerancia al malestar 17, 68, 87, 112, 135, 145, 164, 175, 187, 198, 209, 223, 236, 243, 252, 282, 297
Trastorno
antisocial 41, 133
bipolar 289, 290
depresivo 189, 241
de somatización 147
evitativo 17, 212, 240,
histriónico 38, 121, 133, 147, 148
límite 41, 133, 149, 217, 289
narcisista 148, 275, 284, 289, 304, 306
Trastornos
de ansiedad 41, 63, 146, 189, 207, 241, 290

de la personalidad 25, 33, 40, 52, 61, 83, 98, 100, 110, 183, 191, 209, 212, 230, 243, 303, 310, 313
dependientes 41
disociativos 146, 242
impulsivos 41

V

Vacío existencial 10, 76, 129, 135, 178, 184, 195, 201, 216, 255, 268, 274, 290, 307
Valores 11
Víktor Frankl 1, 42, 52, 66, 122, 151, 247, 303, 307
Virtualidad 211
Visión
antropológica 3, 35, 90
epistemológica 2, 3, 9
logoterapéutica 90
Vivencias 25, 37, 57, 80, 98, 112, 124, 132, 142, 153, 160, 171, 184, 193, 206, 222, 232, 237, 244, 250, 260, 270, 292, 297
Voluntad
de placer 17, 57, 60, 85, 131, 177, 274
de poder 172, 259, 261, 274, 290
de sentido 2, 10, 66, 85, 108, 274, 299, 307
Voluntades
de poder 10
de placer 10, 85, 275
Vulnerabilidad 25, 35, 40, 56, 71, 165, 171, 184, 206, 214, 223, 232, 261, 271, 287, 301

© **Editorial El Manual Moderno** Fotocopiar sin autorización es un delito.



Los modos de ser inauténticos

Psicoterapia centrada en el sentido de los trastornos de la personalidad

Efrén Martínez Ortiz Ph.D.

Este libro no es simplemente un tratado más sobre los trastornos de la personalidad, constituye un intento sistemático por llevar a cabo una propuesta descriptiva del tema, desde una perspectiva de pensamiento que integra el conocimiento actual sobre los trastornos de la personalidad con una clara inspiración existencial y enfáticamente Frankliana; es decir, el lector podrá encontrar en estas paginas, evidencias y reflexiones basadas en los autores mas importantes en esta área de la psicopatología y, al mismo tiempo, descubrirá un texto de rico matiz fenomenológico existencial, aplicando especialmente los principios de la logoterapia y el análisis existencial a una forma de psicoterapia denominada "centrada en el sentido".

Efrén Martínez Ortiz, Ph.D. en psicología –mención cognitiva existencial–, presidente de SAPS (Sociedad para el Avance e Investigación de la Psicoterapia Centrada en el Sentido) y director científico de la Fundación Colectivo Aquí y Ahora. Autor de 12 libros y diversos manuales y artículos.

Títulos afines:

Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica. Arrivillaga Quintero, Marcela; Correa Sánchez, Diego; Salazar Torres, Isabel
Trastornos graves de la personalidad. Kernberg, Otto F.
El poder de la persona. Rogers, Carl R.
Diálogo Socrático en la Psicoterapia Centrada en el Sentido. Efrén Martínez Ortiz. Ediciones Colectivo Aquí y Ahora
Buscando el Sentido de la Vida. Efrén Martínez Ortiz. Ediciones Colectivo Aquí y Ahora
Psicoterapia y Sentido de Vida. Efrén Martínez Ortiz. Ediciones Colectivo Aquí y Ahora

ISBN 978-958-9446-54-6

SAPS
Sociedad para el Avance de la Psicoterapia Centrada en el Sentido

www.manualmoderno.com